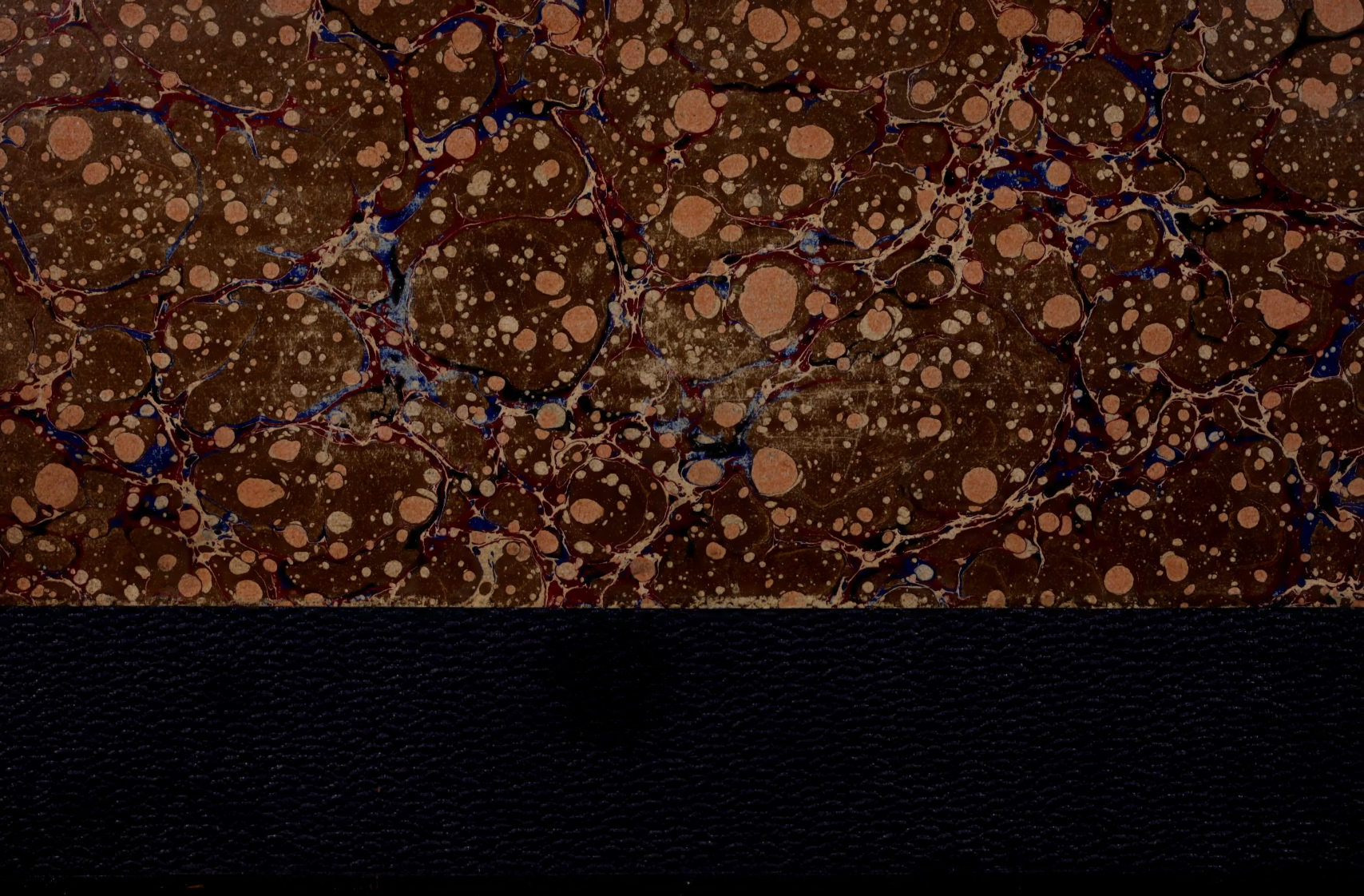

17396

Class ____ No. ____

Presented by

H. A. Hare, M. D.

110

New Yorker

Medicinische Monatsschrift.

OFFICIELLES ORGAN DER

Deutschen Medicinischen Gesellschaften der Stadt New York und der Stadt Cleveland, O.

REDIGIRT VON

Dr. A. RIPPERGER.

Band XI.

JANUAR-DECEMBER

1899.

NEW-YORK:
VERLAG DER MEDICAL MONTHLY PUBLISHING COMPANY.

MAY 5 1900

DRUCK DER CHEROUNY PRINTING AND PUBLISHING CO.,
17-27 Vandewater Street, New York.

COLLEGE OF PHYSICIANS OF PHILADELPHIA

New Yorker Medicinische Monatsschrift.

Redigirt von DR. A. RIPPERGER.

Inhaltsverzeichniss von Band XI.

ORIGINALARBEITEN:

	Seite
Appendicitis, Erfahrungen über. Von Dr. Henry J. Wolf	275
Arzneimittel, Die Industrie künstlicher. Von Dr. Emil Rötheli	107
Arzt und Zahnarzt. Von Otto Bickel, D.D.S.	324
Asepsis, Wie kommt man der idealen am Nächsten? Von Dr. Carl Beck	419
Blase, Foetale bei einer 45jährigen Frau. Von Dr. H. J. Garrigues	507
Epithelien, Bedeutung der im Harn gefundenen für die Diagnose. Von Dr. A. Memelsdorf	544
Extrauterinschwangerschaft, Bemerkungen über. Von Dr. Florian Krug	207
Ferrisomatose, Ueber. Von Dr. Anton Ewald	473
Fibromyom, Entfernung eines grossen des Uterus durch Trachelotomie und Zerstückelung (Morcellement) mit Erhaltung des Uterus. Von Dr. H. J. Garrigues	125
Gelenkrheumatismus, Die Behandlung der schweren Formen des acuten, wenn wir denselben als acute infective Arthritis auffassen. Von Dr. Leonhard Weber	11
Gonorrhoe, Zur aetiologischen Behandlung der. Von Dr. Ludwig Weiss	51
Harnblase, Ueber das Ausdrücken der. Von Dr. A. Ripperger	1
Hernien, Ueber und die Indicationsstellung zur Operation. Von Dr. Otto Kiliani	315
Holocain, Die Anwendung des als Lokalanästheticum bei Augen-, Ohren-, Hals- und Nasenoperationen. Von Dr. J. Guttmann.	117
Jodpräparate, Ueber Anwendung der in der Chirurgie. Von Dr. Gustav Blech	326
Kohlensäure, Aeusserliche Anwendung der wieder neu aufgenommenen. Von Dr. A. Rose	61
Nachwehen, Aetiologie und Behandlung der. Von Dr. S. Marx	267
Ohreneiterungen, Fortschritte in der chirurgischen Behandlung der. Von Dr. Ch. Richard Jordan	367
Orthoform-Idiosynkrasie? Von Dr. med. Anton Sauer	549
Pharynx- und Larynxtuberculose, Fall von geheilter nach 18monatlicher Behandlung. Von Dr. Gleitsmann	220

17396

SEITE
Phosphaturie und Pyelo-Nephritis. Von Dr. Hermann G. Klotz.... 467
Pyosalpinx, Frühe Eiterentleerung per Vaginam bei acutem. Von Dr. E. Danziger 508
Syphilis und Gesichtslähmung. Von Dr. Joseph Fraenkel..... 159
Trauma und Phthisis. Von Dr. Anton Ewald..... 429

REFERATE UND KRITIKEN:

Aufrecht, Die Lungenentzündungen. 2. Hälfte..... 165
Biermer, Der Kolpeurynter, seine Geschichte und Anwendung bei der Geburtshülfe 222
Brakebusch, Die Neu-Karlsbader Hauskur und ihre Anwendung.... 481
Drasche, Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften.. 116
Ebstein und Schwalbe, Handbuch der practischen Medicin.....224, 481
Ernst, Die Krankheiten der Nase und des Halses, ihre Beziehungen zum Gesammtorganismus und ihre Bedeutung für die Singstimme 384
v. Esmarch und Kowalzig, Chirurgische Technik..... 331
v. Esmarch, Der erste Verband auf dem Schlachtfelde..... 333
Gerhardt, Der Diabetes insipidus..... 437
Heitzmann, Urinary Analysis and Diagnosis by Microscopical and Chemical Examination 385
Höfler, Deutsches Krankheitsnamen-Buch 330
Kehr, Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit 477
Knopf, Pulmonary Tuberculosis 330
Lenhartz, Erysipelas (Rose, Rothlauf) und Erysipeloid..... 437
v. Leyden, Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik..... 95
Löwenfeld, Sexualleben und Nervenleiden 478
Lomer, Zur Beurtheilung des Schmerzes in der Gynäkologie..... 553
Martin, Die Krankheiten der Eierstöcke..... 479
Merck's 1899 Manual of the Materia Medica..... 166
Meyer, Die Frau als Mutter..... 553
Nagel, Die Diagnose der practisch wichtigen angeborenen Störungen des Farbensinnes 476
v. Noorden, Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung..... 96
Orthmann, Leitfaden für den gynäkologischen Operationskurs mit Berücksichtigung der Operationen an der Lebenden..... 480
Paschkis, Agenda therapeutica 478
Piering, Ueber den Abortus 332
Rosenberg, Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes mit Einschluss der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 224, 434
Rörig, Die Krankheiten der Niere und Blase, gebildeten Laien geschildert 480
Sajous, Annual and Analytical Cyclopaedia of Practical Medicine.167, 225
Schenk, Physiologische Characteristik der Zelle..... 332

Seite
Schilling, Kompendium der diätetischen und physicalischen Heilmethoden 552
Schwalbe, Jahrbuch der practischen Medicin..... 167
Sternberg, Vegetationsstörungen und Systemerkrankungen der Knochen 437
Strehz, The General Practitioner 222
Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. XVI. Congress, 1898 97
Vierteljahrsschrift, Deutsche, für Gesundheitspflege 482
Wollenberg, Chorea, Paralysis agitans, Paramyoclonus multiplex (Myoklonie) 436
Zuckerkandl, Die lokalen Erkrankungen der Harnblase..... 166

SITZUNGSBERICHTE:

Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt New York.
15, 128, 167, 236, 295, 346, 396, 397, 499, 521
Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York
76, 141, 188, 244, 354, 454, 493, 535, 577
Verein Deutscher Aerzte in San Francisco..... 92
Deutsche Medicinische Gesellschaft von Chicago, Ill..... 84
Wissenschaftliche Versammlung der Deutschen Poliklinik.....251, 254

AN DIE LESER:

144, 196, 543

CORRESPONDENZEN:

381, 458

FEUILLETON:

Antrittsrede des Präsidenten der Deutschen Medicinischen Gesellschaft, Dr. Hermann Klotz 29
Karl Ludwig Kahlbaum 294
Wolf, A Few Early Troubles and Errors..... 573

MITTHEILUNGEN AUS DER NEUESTEN JOURNAL-LITERATUR:

Münchener Medicinische Wochenschrift.....167, 225, 308, 338, 387, 437, 483, 510, 554
Centralblatt für innere Medicin.....170, 228, 311, 344, 381, 444, 487, 561

SEITE
Centralblatt für Chirurgie.....171, 229, 312, 342, 392, 445, 488, 562
Centralblatt für Gynäkologie.....172, 232, 313, 333, 394, 446, 488, 565
Virchow's Archiv.....173, 234, 336, 451, 518, 569
Bulletin of the Johns Hopkins Hospital..... 174

THERAPEUTISCHE UND KLINISCHE NOTIZEN:

34, 97, 145, 198, 256, 303, 363, 414, 460, 500, 539, 583

KLEINE MITTHEILUNGEN:

44, 103, 153, 203, 262, 306, 365, 464, 503, 541, 584

EINGESANDTE BUECHER:

302, 417, 504

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. XI. New York, Januar 1899. No 1.

ORIGINALARBEITEN.

Ueber das Ausdrücken der Harnblase.*)

Von

Dr. A. Ripperger.

Mit der nachfolgenden Abhandlung möchte ich die Aufmerksamkeit auf ein Verfahren lenken, das zwar nicht mehr neu und schon im Jahre 1888 von dem oldenburgischen Med.-Rath Dr. Heddaeus in Idar beschrieben worden ist, das aber trotz seiner Vortrefflichkeit und trotz einer späteren Publikation von Seiten Dr. Heddaeus, wie ich mich durch Nachsehen in der einschlägigen Literatur und durch persönliches Nachfragen bei Collegen sowohl hier wie in Deutschland überzeugt habe, ziemlich unbekannt geblieben ist, nämlich auf das Ausdrücken der Harnblase. Die erste Veröffentlichung des Entdeckers, wenn ich mich so ausdrücken darf, dieser Methode wurde zwar mehr oder weniger ausführlich in anderen Zeitschriften referirt, so z. B. in Virchow-Hirsch's Jahresbericht pro 1888 und an a. O., allein, wie schon erwähnt, ohne jeden praktischen Erfolg. Ausserdem veröffentlichte Prof. Wagner in Graz, der unabhängig von Heddaeus zur gleichen Entdeckung gekommen sein will, im Jahre '92 in der Wiener klin. Wochenschr. einen Artikel, betitelt „Ueber die ausdrückbare Blase" und zwar mit dem gleichen Erfolge für die Praxis wie Heddaeus, d. h. in negativer Weise. Daraus nun schliessen zu wollen, dass das Verfahren ein für die ärztliche Praxis werthloses sei, wäre, wie ich nachher auseinanderzusetzen versuchen werde, eine voreilige und ungerechte Schlussfolgerung; ich hoffe vielmehr, den Beweis liefern zu können, dass das Verfahren die vollste Aufmerksamkeit

* Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York, am 3. October 1898.

verdient und der Nachahmung unsererseits vollauf würdig ist. Dass gerade ich mich veranlasst fühle, das Interesse der Collegen auf das Ausdrücken der Harnblase zu lenken und denselben den Gebrauch dieser Methode neuerdings zu empfehlen, hat mehrere Gründe, einmal weil mir die erste Anleitung zum Ausdrücken der Harnblase von dem Entdecker selbst, mit dem mich persönliche Freundschaft und gemeinsames ärztliches Wirken mehrere Jahre hindurch in beständige Berührung gebracht hatte, gelegentlich einer Consultation am Krankenbette gegeben und so die Ausführbarkeit ad oculos demonstrirt wurde, und dann, weil ich seitdem in einer Reihe von Fällen das Verfahren, wo es möglich war, angewandt und mich von der Vortrefflichkeit desselben überzeugt habe und es daher für meine Pflicht halte, auch meinen Theil für das Bekanntwerden dieser Methode in weiteren ärztlichen Kreisen so viel wie möglich beizutragen.

Die Methode ist in ihrer Ausführung so einfach, und ihre Berechtigung bei einfachem Nachdenken so leicht ersichtlich, dass es nur zu verwundern ist, dass während es schon längst allgemein üblich ist, durch therapeutische Handgriffe den erlahmenden oder mangelnden Funktionen des menschlichen Organismus zu Hülfe zu kommen, so befördern wir durch Druck auf den Fundus uteri das Ausstossen der Placenta, wir versuchen durch streichende, massirende Bewegungen stagnirende Kothmassen im Darme weiterzuschaffen u. dgl., erst so verhältnissmässig spät Jemand auf den Gedanken gekommen ist, bei Funktionsstörungen der Blase dieselbe durch Druck von aussen her von ihrem Inhalt zu befreien, dass man vielmehr immer nur den für den Patienten oft so verhängnissvollen Katheterismus in Anwendung gezogen hat. Es ist ja immerhin möglich, dass schon vor Heddaeus der eine oder andere Arzt die Blase bei Harnverhaltung ausgedrückt hat; so giebt Wagner in dem schon erwähnten Aufsatze an, dass Prof. Jesús Chico in Guanjuato in Mexico die Priorität der Ausübung dieser Methode für seinen verstorbenen Lehrer, Prof. Brasetti in Mexico, der dieselbe schon in den 70er Jahren ausgeübt und seinen Schülern gezeigt, aber allerdings nichts darüber publicirt habe, in Anspruch nehme. Immerhin hat Heddaeus das grosse Verdienst zuerst den Werth des Verfahrens erkannt, dasselbe methodisch ausgeübt und beschrieben zu haben. Und so gesteht auch Wagner, der, wie schon erwähnt, unabhängig, aber allerdings später wie Heddaeus zu der nämlichen Entdeckung gekommen war, diesem das Prioritätsrecht zu.

Bevor ich nun zu dem Verfahren des Ausdrückens der Blase selbst übergehe, ist es, um die Bedingungen, unter denen dasselbe ausführbar ist, zu verstehen, nöthig, einige physiologische Vorbemerkungen vorauszuschicken.

Die Harnblase sammelt bekanntlich den Harn und entleert ihn periodisch. Diese zweifache Leistung, einerseits sich im Verhältniss zur zufliessenden Harnmenge auszudehnen, andererseits sich behufs Entleerung des Inhalts zusammenzuziehen, erfordert die Anwesenheit contractiler Elemente, die sich auch in der That in Längs- und Circulärschichten in der Blasenwand vorfinden und als Musculus detrusor und Sphincter vesicae internus bezeichnet werden und aus glatten, d. h. dem Willen nicht unterworfenen Fasern bestehen. Zu betonen ist, dass der als M. sphincter internus bezeichnete, in circulären Schichten verlaufende Muskel gar kein Schliessmuskel ist, sondern vielmehr ein integrirender Theil der Blasenmuskulatur, der sich bis auf den prostatischen Theil der Harnröhre festsetzt. Der eigentliche, quergestreifte Schliessmuskel, Sphincter urethrae sive Sphincter vesicae externus liegt unterhalb des letzteren und ist ein völlig ringförmig um die Harnröhre herum geschlossener Muskel an der Spitze der Prostata, wo seine Fasern mit denen des darunter gelegenen M. transversus perinei profundus Bündel austauschen. Nach der Entleerung der Blase sammelt sich der Harn wieder in der Blase unter allmähliger Dehnung derselben an. Bei nur geringem Inhalt genügt die Elasticität der die Harnröhre umgebenden elastischen Fasern und die des M. sphincter urethrae, um den Harn in der Blase zurückzuhalten. Sobald jedoch die Blase stärker gefüllt wird, werden die Muskeln der Harnblase, sowohl Detrusor vesicae als auch der quergestreifte M. sphincter urethrae sive externus reflectorisch erregt,—das Reflexcentrum liegt im Lendenmark—, und zwar überwiegt bei mässiger Ausdehnung die reflectorische Contraction des Sphincters über die des Detrusors, und genügt also der reflectorische Sphincterschluss, wie dies im Schlafe der Fall ist. Nimmt aber die Spannung zu, so kann der Sphincter den Blasenschluss nur noch dadurch bewirken, dass er willkürlich sehr energisch contrahirt wird, oder andernfalls überwinden die Blasenwände den Harnröhrenverschluss und die Blase wird entleert, wie dies normalmässig bei kleinen Kindern der Fall zu sein pflegt. Die willkürliche Contraction des Sphincters urethrae geschieht durch den Nervus pudendus aus dem Plexus sacralis, und zwar

verlaufen die vom Gehirn aus angeregten Nervenfasern durch die Pedunculi, durch die Vorder- und hinteren Seitenstränge des Rückenmarks. Ueber die willkürliche Entleerung des Harnes sind die Ansichten der Autoren noch getheilt. Am meisten neigt man sich der Anschauung zu, dass einerseits durch sensible Reizung reflectorische Reizung und damit Contraction der Blasenwände hervorgerufen wird, andererseits aber eine willkürliche Hemmung der reflectorischen Sphincter-contraction und dadurch bedingte Erschlaffung des Sphincter urethrae möglich ist, und zwar durch eigene Reflexhemmungsfasern, die ebenfalls in den Peducunli und Vordersträngen verlaufen. Ein näheres Eingehen auf die interessanten Verhältnisse über das Zustandekommen der Reflexe und Hemmung derselben durch Erschwerung der Reflexleitung im Rückenmark, durch gewisse centrifugale und vielleicht auch centripetale Einflüsse, eigene Hemmungscentren und centrifugale Hemmungsfasern würde zu weit führen. Ueberdies sind die betr. Anschauungen zum Theil noch Hypothesen und noch nicht endgültig geklärt.

Sehen wir nun zu, in welcher Weise sich pathologische Einflüsse auf die Blasenfunktionen geltend machen, so finden wir, dass Durchschneidung des Rückenmarks oberhalb der Lendenanschwellung Harnverhaltung und consecutive Ausdehnung der Blase hervorruft durch Aufhebung der Hemmung der reflectorischen Sphinctercontraction. Die Erschlaffung des Sphincter bleibt aus. Erst bei sehr starker Dehnung der Blase und mechanischer Erweiterung auch der hinteren Urethralöffnung überwindet die Elasticitätsspannung des Detrusors die Contraction des Sphincters und es tritt Harnabfluss auch bei voller Blase ein und zwar als Harnträufeln, ein Zustand, den man auch als Ischuria paradoxa bezeichnet hat. Der Harn träufelt in demselben Masse ab, in dem er aus den Nieren zufliesst. Durchschneidung der sensiblen und motorischen Harnröhrennervenfasern, welche den Sphincterreflex und die willkürliche Contraction des Sphincter urethrae vermitteln, hat nach den vorhergegangenen Ausführungen naturgemäss Incontinentia urinae zu Folge, da die geringste Zusammenziehung des Detrusors genügt, um den Harn auszutreiben. Dabei ist zugleich das Gefühl des Harndrangs aufgehoben. Den traumatischen Durchschneidungen sind natürlich hinsichtlich ihrer Folgezustände anderweitige Unterbrechungen der leitenden Bahnen durch Compressionszustände, degenerative Vorgänge u. dgl. gleichzusetzen. Endlich können noch die nervösen Apparate

intakt sein und Erkrankungen der Blasenmuskulatur selbst zu Lähmungen und Funktionsunfähigkeit führen, indem die Muskeln selbst theils ihre contractile Substanz einbüssen, theils ihre Fähigkeit verlieren, auf den eintreffenden nervösen Reiz mit Contraction zu antworten. Wenn auch das Vorkommen derartiger „myopathischer Lähmungen" noch nicht mit Sicherheit festgestellt ist, so ist dasselbe doch a priori denkbar und recht gut zu erklären. Dahin würden z. B. gehören Lähmung oder Erschöpfung der Blasenmuskulatur post partum infolge Druckes der Kindestheile gegen die Blase, Schwächenzustände der Blase durch übermässige Ausdehnung derselben, Ernährungsstörungen der Blasenmuskulatur bei Allgemeinerkrankungen z. B. bei Typhus, Diabetes u. dgl.

Behalten wir nun die Innervation der Blase, resp. die Folgezustände nach pathologischen Störungen dieser Innervationsvorgänge im Auge, so können wir leicht ein Schema der sogen. Blasenlähmungen entwerfen. Dieselben können bestehen in

1. Detrusorlähmung. Unfähigkeit den Harn in normaler Weise zu entleeren. Bei mässiger Füllung Harnretention, bei stärkerer Füllung Entleerung statt mittelst des funktionsunfähigen Detrusors durch die Bauchpresse und nur unter grosser Anstrengung. Ist ausser der motorischen Bahn auch die sensible Leitung unterbrochen oder nur diese, so fehlt der Harndrang und es ist excessive Blasenausdehnung vorhanden bei reflectoririscher Contraction des Sphincters. Wenn letzterer bei wachsender Spannung erschlafft, haben wir Harnträufeln bei voller Blase. Das Harnträufeln kann zeitweilig durch willkürliche Sphinctercontraction unterdrückt werden, auch können die Patienten zeitweise mässige Harnmengen mittelst der Bauchpresse erzwingen.

2. Sphincterlähmung. Ist nur der Sphincterreflex unterbrochen, so haben wir bei mässigem Harndrang unwillkürliche Harnentleerung, — bei abgelenkter Aufmerksamkeit oder im Schlaf. Ist auch der willkürliche Einfluss auf den Sphincter gestört, so kommt es zur unwillkürlichen Harnentleerung, sobald die Blase stärker gefüllt ist.

3. Gleichzeitige Sphincter- und Detrusorlähmung. Mässige Füllung der Blase und zwar so lange die Elasticität

der Harnröhrenumgebung den Harn zurückzuhalten vermag. Dann erfolgt unwillkürliche Harnentleerung bei mässig gefüllter Blase, weil der Sphincter nicht wirken kann, und zwar als Harnträufeln wegen der Lähmung des Detrusors.

Auf die ebenfalls hiehergehörigen Krampfzustände der Blasenmuskulatur, Hyperkinese des Detrusors bezw. des Sphincters soll hier nicht näher eingegangen werden. Ebenfalls würde es zu weit führen, die einzelnen pathologischen Zustände, Gehirn- und Rückenmarksleiden, aufzuzählen, welche hauptsächlich die erwähnten Blasenlähmungen im Gefolge haben.

Befassen wir uns nun vielmehr damit, zu untersuchen, bei welchen Zuständen das Ausdrücken der Harnblase vom physiologischen Standpunkte aus Aussicht auf Erfolg haben kann, und bei welchem nicht. Wagner spricht dies sehr einfach aus, indem er sagt, es hänge dies von dem Verhalten der Sehnenreflexe ab, „sind die Patellarreflexe erloschen, so gelingt der Versuch; sind sie gesteigert, so misslingt er." Das trifft nun bei den meisten bis jetzt zur Beobachtung gelangten Fällen zu, aber wie schon Heddaeus in seiner zweiten Publikation betont hat, durchaus nicht immer. Denn sowohl Heddaeus wie ich selbst haben Fälle beobachtet, in denen trotz vollkommen erhaltener Patellarreflexe das Ausdrücken der Blase recht wohl möglich war, während in anderen Fällen trotz erloschener Patellarreflexe das Verfahren nicht gelang. Nichtvorhandensein der Sehnenreflexe ist also kein sicheres Kriterium dafür, ob das Ausdrücken der Blase gelingen wird oder nicht. Wir müssen uns daher nach anderen Gesichtspunkten umsehen und benützen hierzu das obige Schema. Unter welchen Umständen uns das Ausdrücken der Harnblase wünschenswerth ist, ist leicht verständlich, nämlich überall da, wo Retentio urinae besteht mit oder ohne Harnträufeln, bei complicirter oder uncomplicirter Detrusorlähmung. Bei isolirter Sphincterlähmung findet das Ausdrücken selbstverständlich keinen Platz, da ja hier dem Abflusse des Harns kein Hinderniss im Wege steht.

Das manuelle Ausdrücken soll also den gelähmten Detrusor ersetzen, resp. an die Stelle der nur unter grosser Anstrengung und mit sehr mangelhaftem Erfolg wirkenden Bauchpresse treten. Der einfachste Fall, in dem man das Gelingen der Blasenausdrückung erwarten kann, dürfte der sein, in welchem dem Abflusse des Harns nur die Elasticität der Harnröhrenumgebung gegenübersteht, also bei gleichzeitiger Detrusor- und

Sphincterlähmung. Und in der That haben sich diese Fälle in der Praxis als die der Blasenausdrückung am zugänglichsten gezeigt. Dann kommt isolirte Detrusorlähmung. Hier sollte man den physiologischen Erwägungen gemäss ebenfalls leichten Erfolg erwarten, jedoch gestaltet sich das Verfahren schon schwieriger, weil sich der reflectorische Sphincterschluss als Widerstand entgegenstellt, und es gelingt das Ausdrücken nur in seltenen Fällen und zwar nur da, wo gleichzeitig die Sphincterreflexhemmungsfasern vom Patienten willkürlich erregt werden können, wo also durch dieselben die reflectorische Sphincterconstraction noch aufgehoben und der Sphincter erschlafft werden kann. Die manuelle Expression wird hier vom Patienten durch Erschlaffung des Sphincters unterstützt. Mir selbst ist nur in einem einzigen derartigen Falle das Ausdrücken der Blase gelungen, Heddaeus in keinem Falle, und hat letzterer demgemäss als hauptsächlichste Bedingung für die Ausführbarkeit der Operation die Sphincterparese betont, aber doch nicht als absolut nothwendig hingestellt. Bei Wegfall der Hemmung der reflectorischen Sphincterconstraction ist kaum Aussicht für den Erfolg vorhanden. Ob das Verfahren ferner bei Harnretention infolge von Cystospasmus gelingt, ist fraglich und meines Erachtens auch nicht wahrscheinlich; wenigstens liegen, soviel mir bekannt ist, bis jetzt noch keine praktischen Erfahrungen darüber vor.

Bei Harnverhaltung infolge Unwegsamkeit der Harnröhre (Fremdkörper, Concremente, Strictureń, Prostataschwellungen) kann man naturgemäss nicht auf ein Gelingen der Operation rechnen, sondern dieselbe dürfte in diesen Fällen geradezu contraindicirt sein, da man ja eine Beseitigung des Abflushindernisses auf diesem Wege nicht erwarten darf. Contraindicirt ist das Verfahren ferner noch bei allen entzündlichen und schmerzhaften Zuständen in der Blasenwand selbst oder ihrer Umgebung. Heddaeus räth noch zur Vorsicht bei prall gefüllter Blase, ein Rath, dem ich mich persönlich anschliesse, da man nie wissen kann, ob man es nicht zugleich mit einer atrophischen Blasenwand zu thun hat und somit die Gefahr einer Ruptur besteht. Eine Gefahr, dass durch den Druck von aussen der Harn in die Ureteren zurückgedrängt wird, besteht nicht, weil durch die starke Spannung in der Blasenwand der in letzterer verlaufende Theil der Ureteren mit zusammengepresst wird.

Von der meist langweiligen Mittheilung von Krankengeschichten will ich absehen und nur anführen, dass Heddaeus

11 Fälle beschrieben hat, in denen bei 8 Patienten das Ausdrücken der Blase gelang, darunter 2 Fälle mit erhaltenem Patellarsehnenreflex; bei den übrigen drei Fällen jedoch war das Verfahren erfolglos. Ich selbst versuchte die Methode in 8 Fällen, darunter sechsmal mit Erfolg; ebenfalls in 2 Fällen war der Patellarsehnenreflex erhalten. Ich könnte zur Zeit jedenfalls über eine grössere Anzahl von Fällen berichten, wenn ich in jedem Falle, in dem das Verfahren oder wenigstens ein Versuch desselben angezeigt gewesen wäre, an dasselbe gedacht hätte. Ist es doch Heddaeus schon selbst so gegangen; er sagt deshalb in seiner zweiten Publikation: „Selbst diejenigen, welche darum wissen, denken im concreten Falle nicht daran." Am leichtesten gelingt die Operation bei Leuten mit schlaffen Bauchdecken; schwer, wenn nicht unmöglich kann sie werden bei fetten und corpulenten Patienten.

Was die Art der Ausführung der Operation anbelangt, so brauche ich behufs Schilderung derselben nur die Darstellung von Heddaeus zu wiederholen. Derselbe sagt: „Der Kranke liegt auf dem Rücken, die Beine angezogen. Man stellt sich an eine Seite des Bettes, das Gesicht dem Kranken zugewandt, legt die rechte Hand auf der linken, die linke Hand auf der rechten Seite des Unterleibes neben der Mittellinie so auf, dass beide Daumen, die Spitzen einander zugekehrt, über der Symphyse ruhen und die übrigen Finger die Blasenkugel von oben umgreifen, und drückt stetig nach unten hinten derart, dass die Spitzen der Finger in der Tiefe sich den Daumen mehr und mehr zu nähern suchen. Durch diesen in der Richtung nach dem unteren Rande der Symphyse (Collum vesicae) vollzogenen Druck wird die Blase stetig verkleinert, indem sich der Harn, oft in kräftigem Strahle aus der Harnröhre ergiesst. Ist die Blase theilweise entleert, so muss man von Neuem mit den Fingern beider Hände tiefer nach unten und hinten greifen, wo man jetzt deutlich die Contouren der Blase fühlen und je nach der Lage derselben die Richtung des Druckes modificiren kann. Nach der anderen Weise kehrt man dem Kranken den Rücken zu, legt beide Hände, die rechte rechts, die linke links an der Mittellinie so auf, dass der Ulnarrand derselben an das Poupart'sche Band angrenzt und die Fingerspitzen, einander zugekehrt, über der Symphyse lagern, während die Daumen von oben die Blase nach hinten zu umgreifen, nun der Druck wie oben u. s. w. Wesentlich ist, dass die drückende Hand die Contouren der Blase fühle; ebenso müssen die über der Symphyse lagernden Finger tasten,

wie ihnen durch den übrigen Theil der Hand die Urinwelle entgegengebracht wird. Die verschiedene Thätigkeit der Finger vergleicht sich mit derjenigen der Extension und Contraextension bei Einrichtung von Knochenbrüchen und Luxationen. Die über der Symphyse befindlichen Finger leisten, mehr passiv, die Contraextension, haben nur die Bauchwand niederzuhalten, damit der von oben und hinten her gepresste Blaseninhalt nicht gegen die Haut oberhalb der Symphyse ausweichen kann, sondern gegen den unteren Rand der letzteren hingedrängt werden muss. Letzteres besorgen, mehr activ, der Extension entsprechend, die die Blasenkugel umfassenden Finger. In den leichteren Fällen, bei Gelähmten, die zugleich mager sind und einen leeren und schlaffen Unterleib haben, also bei der grossen Mehrzahl derer, für welche die Operation passt, ist wenig Kraft erforderlich, auch das Aufstellen der Kniee erlässlich. Sogar bei aufrechter Haltung des Kranken, sowie einer Hand des Operirenden gelingt wohl einmal das Ausdrücken. Zugleich ist dasselbe in diesen Fällen nicht schmerzhaft, und es braucht nur ein minimaler Rest von Urin in der Blase zurückzubleiben." So weit Heddaeus. Diese detaillirte Beschreibung ist eigentlich überflüssig, denn jeder nur einigermassen mit manuellem Geschick ausgerüstete Arzt wird, sobald er nur weiss, um was es sich handelt, das Ausdrücken der Blase in den ausführbaren Fällen auf die eine oder andere Weise zu Stande bringen. Besonders bei meinem ersten Falle, es betraf derselbe einen 60jährigen Diabetiker mit gleichzeitiger Lähmung des Detrusors und des Sphincters, war ich geradezu überrascht, als ich auf den Rath des anwesenden Collegen Dr. Heddaeus das Ausdrücken der Blase versuchte, über die Leichtigkeit des Gelingens und über den damit erreichten Erfolg. Auch das Pflegepersonal resp. die Angehörigen des Patienten sind meist nach nur einmaliger Unterweisung im Stande, das Verfahren nachzuahmen. Nach Angaben von Heddaeus ist oft sogar der Kranke im Stande, sich selbst die Blase auszudrücken, und war dies in drei von ihm beschriebenen Fällen geschehen. Ich selbst besitze über diesen Punkt keine Erfahrung.

Ueber den praktischen Werth der Harnblasenausdrückung und ihre Vortheile dem Katheterismus, besonders einem einen längeren Zeitraum hindurch fortzusetzenden Katheterismus gegenüber sind eigentlich nur wenige Worte zu verlieren. Auf der einen Seite haben wir ein so gut wie gefahr- und schmerzloses Verfahren, das ohne Nachtheil auch vom Wartepersonal oder

unter Umständen auch vom Patienten selbst ausgeführt werden kann, auf der anderen Seite eine nur mit den peinlichsten Vorsichtsmassregeln vorzunehmende und oft sehr schmerzhafte Operation, die ihrer Gefährlichkeit wegen vom Arzte eigentlich nie dem Patienten überlassen werden sollte, aber wegen der Nothwendigkeit ihrer häufigen Anwendung oft dem Patienten resp. dem Wartepersonal überlassen werden muss. Eine absolut gefahrlose Anwendung des Katheterismus, auch wenn derselbe durch den gewissenhaftesten Arzt geschieht, giebt es nicht. Wir können wohl den Katheter sterilisiren, wir können auch die Harnröhrenmündung zu desinficiren versuchen, allein eine Zerstörung und Unschädlichmachung der in den Falten und Buchten der Harnröhrenschleimhaut selbst befindlichen pathogenen Keime können wir kaum bewerkstelligen, so dass ein absolut keimfreies Einführen des Katheters in die Blase nicht erwartet werden darf. Schlimmer gestalten sich natürlich noch die Verhältnisse, wenn dem Patienten selbst das Einführen des Katheters überlassen bleibt. Dass, wie die Erfahrung lehrt, viele Patienten, namentlich alte Prostatiker ihren Katheter Monate- und oft Jahre lang mit sich in der Tasche herumtragen und sich im Bedarfsfalle desselben ohne jegliche vorhergegangene Desinfection ungestraft bedienen, beweist nichts gegen die Gefährlichkeit des Katheterismus. Früher oder später stellt sich doch einmal die Cystitis mit ihren gar häufig deletären Folgen ein. Wenn auch das Ausdrücken der Blase leider nicht in allen wünschenswerthen Fällen angängig ist, so kann es glücklicherweise doch bei einer grossen Anzahl von Patienten ausgeführt werden, bei denen längere Zeit hindurch Retentiourinae besteht, und die dadurch vor dem fortgesetzten Katheterisiren und seinen Gefahren bewahrt bleiben; ich habe hier besonders die Tabiker und Paralytiker im Auge. Leider lässt das Verfahren aus schon erwähnten Gründen bei den Prostatikern im Stiche.

Es trifft also jetzt nicht mehr unbedingt zu, was noch in neuester Zeit Kaufmann in Zürich im Penzoldt-Stintzing'schen Handbuche (Bd. VI., pg. 403) über die Behandlung der Blasenlähmung schreibt, nämlich: „Die Blasenlähmung erfordert in erster Linie den regelmässigen Katheterismus." Dieser Satz wäre vielmehr nach meiner Ansicht so umzufassen, dass er lautet: Bei allen Formen von Blasenlähmung soll man, falls keine Contraindication hiegegen vorliegt, zuerst die manuelle Expression der Blase versuchen. Erst wenn dieselbe nicht anwendbar ist, greife man zum Katheter.

Am Schlusse angelangt, möchte ich an die Collegen die Aufforderung richten, gegebenen Falles sich der Heddaeus'schen Blasenausdrückung erinnern und ihre diesbezüglichen Erfahrungen vielleicht später an dieser Stelle mittheilen zu wollen. Wenn dies geschehen wird, dann betrachte ich den Zweck dieser Abhandlung als erreicht.

126 Ost 122. Strasse.

Literatur.

Heddaeus: Die manuelle Entleerung der Harnblase. Berliner klin. W. 1888, No. 43.

Derselbe: Ueber das Ausdrücken der Harnblase, ibidem 1893, No. 34.

Wagner: Ueber die ausdrückbare Blase. Wiener klin. W. 1892, No. 47.

Landois: Lehrbuch der Physiologie des Menschen, 7. Auflage, Wien und Leipzig 1891.

Zuckerkandl: Anatomie der Blase in Eulenburg's Real-Encyclop. 3. Auflage. Wien und Leipzig 1894. Bd. III, pg. 331 und ff.

Leube: Spec. Diagnose der inneren Krankheiten, 5. Auflage. Leipzig 1898.

Die Behandlung der schweren Formen des acuten Gelenkrheumatismus, wenn wir denselben als acute infective Arthritis auffassen.*)

Von

Dr. Leonard Weber.

Mit dem Titel meines Vortrags kündige ich für heute Abend keine grössere Abhandlung an, nur eine vorläufige Mittheilung von Gedanken und Beobachtungen, welche darthun sollen, dass wir den intensiven acuten Gelenkrheumatismus anders behandeln müssen, als bisher, wenn wir den Patienten vor den schweren Complicationen und Folgezuständen desselben bewahren wollen.

In dem denkenden Praktiker, der längere Zeit beobachtet hat, muss der Verdacht, dass der acute Gelenkrheumatismus eine infectiöse Arthritis sein möge, lange schon rege geworden sein, bevor er Gelegenheit hatte, sich über die Wahrscheinlichkeit und

---

* Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft von New York, November 1898.

Art derselben in den Büchern der modernen Autoren zu informiren. Ob ein ganz specifischer Krankheitserreger gefunden und gezüchtet werden wird oder nicht, kann uns schon heute in der Auffassung der Krankheit als multiple infectiöse Gelenkentzündung keine Verlegenheit mehr bereiten, wenn wir die grosse Aehnlichkeit des klinischen Bildes mit anderen acuten Entzündungsprocessen betrachten, welche durch Streptococcen hervorgebracht werden.

Die Salicylpräparate wurden uns zur Hand gegeben, wir wenden sie an in kräftigen Dosen und in 2—4 Tagen hat sich das heftige Fieber gelegt, die Schmerzen sind weg, die Gelenke schwellen ab u. s. w., aber der Rheumatismus ist nicht geheilt: Rückfälle sind häufig und wir können heute nur wiederholen, was wir vor 20 Jahren auch schon wussten, dass die grosse Mehrzahl aller Klappenfehler rheumatischen Ursprungs sind. Wir verstehen die Behandlung und Pflege des rheumatisch Erkrankten mit den uns zu Gebote stehenden Mitteln recht gut, wir entlassen ihn zufrieden aus der Behandlung; in einem halben oder einem Jahr sehen wir ihn wieder; wir diagnosticiren einen Klappenfehler; wir sind betrübt —, aber wir wundern uns nicht über diese Wahrnehmung, sie ist leider nur zu häufig. Und das passirt in schweren Fällen, in leichten, ja in ganz leichten Fällen, die der Patient kaum zu beachten der Mühe werth findet und — „wem es just passiret ist, dem bricht das Herz entzwei."

Tragen wir also den Kopf nicht hoch in Bezug auf unser therapeutisches Können in der Polyarthritis rheumatica, so brauchen wir ihn doch nicht hängen zu lassen, denn wir können alle mehr minder stattliche Reihen von Fällen aus unserem klinischen Material zusammenstellen, in welchem die Kranken gut geworden und geblieben sind auf regelrechte Behandlung, aber aetiologische Therapie zu treiben erlauben unsere Mittel nicht.

In der Voraussetzung, dass es sich also um eine infectiöse, vielleicht durch Streptococcen erregte Krankheit beim acuten Rheumatismus handle, habe ich im letzten halben Jahre einige Fälle bei jungen Leuten, welche mir mit subacuten Formen und Rückfällen des acuten Rheumatismus zugegangen sind, mit Creosot behandelt. Mit 5 Tropfen 3 mal täglich fing ich an und stieg bis auf 20—30 tid. Das Mittel wurde gut vertragen in allen Fällen, die Schmerzen liessen alsbald nach, die Beweglichkeit der Gelenke wurde besser, das Allgemeinbefinden gehoben. Ueber die Fälle ausführlicher zu berichten, behalte ich mir auf spätere Zeit vor.

In dem nächsten acuten Fall, der in meine Behandlung kommt, werde ich so verfahren: Zuerst Beseitigung der acuten Symptome mit salicylsaurem Natron, darauf eine Zeit lang Creosot oder Guayacolcarbonat 3—4 Wochen lang. Handelt es sich aber um eine schwere Infection, wie ich deren zwei im vergangenen Frühjahre erlebte, welche trotz allem, was ich und andere Collegen für dieselben verordneten, an den Complicationen des Gelenkrheumatismus zu Grunde gingen, dann würde ich entschieden rathen, chirurgisch vorzugehen, d. h. die erkrankten Gelenke zu öffnen, und die Exsudate zu entleeren. Auch die Crédé'sche Behandlung der infectiösen Wundkrankheiten mit Einreibungen von 15% Ungt. arg. colloidale dürfte versucht werden, wenn ihre antitoxische Wirkung eine so entschiedene ist, wie von mancher Seite berichtet wird. Meines Wissens ist Dr. John O'Connor of the British Hospital in Buenos Ayres der erste gewesen, welcher zwei Fälle chirurgisch behandelt hat. In der September-Nummer des Glasgow Med. Journ. vom letzten Jahre veröffentlicht er folgendes darüber:

Der erste Fall betraf einen 40jährigen Mann; Temp. am Tage der Aufnahme im Spital 101,5, belegte Zunge, profuse Schweisse, concentrirter Urin, mit Spuren von Eiweiss. Er klagte über Steifigkeit und grosse Schmerzen im linken Sprung- und Ellbogen- und rechten Kniegelenk. Die Gelenke waren heiss und geschwollen, mit viel periarticulärer Infiltration, Bewegung und Berührung sehr schmerzhaft. Salicylsaures Natron, 20 gran 2stündlich, wurde verordnet, die afficirten Theile mit Flannel umwickelt, Patient mit Milch ausschliesslich ernährt. Da nach Ablauf von 2 Tagen keine Besserung eintrat, wurde der chirurgische Eingriff beschlossen.

Am 18. December 1897 wurde das linke Sprunggelenk auf der inneren Seite eröffnet und nichts als synovia entleert, multiple periarticuläre Incisionen wurden gemacht, auch Sehnenscheiden eingeschnitten und Sublimatgazedrains und Verband angelegt, nach vorhergehender Irrigation der Wunden mit Sublimatlösung. O'Connor behandelte also Gelenk und Umgebung wie eine infectiöse Cellulitis. Bei Eröffnung des rechten Kniees flossen 6 Unzen eines grünen, trüben, flockigen Serums aus, eiterähnlich. Irrigation, Gazedrain und Verband. Aus dem linken Ellbogengelenk wurde eine halbe Unze trüben Serums entleert und derselbe Verband angelegt.

Unmittelbar nach der Operation war und blieb Patient schmerzfrei. Schon am zweiten Tage konnte Patient den Ellbo-

gen gut bewegen, das Knöchelgelenk am driteen, das Knie am sechsten Tage. Die Temperatur war am Tage nach dem Eingriff gefallen und vom dritten Tage an normal. Am 25. December war Patient schon ausserhalb des Bettes bei Tisch; am 2. Januar 1898 konnte er umhergehen und am 10. Januar geheilt entlassen werden.

Der zweite Fall war der eines 43jährigen Mannes, der mit einer Temperatur von 102,0 und den typischen Symptomen einer Polyarthritis rheumatica acuta aufgenommen wurde. Beide Handgelenke und das linke Knie waren afficirt. Salicylsaures Natron, Flannelwicklung und Milchdiät eine Woche lang, ohne Besserung zu erzielen. Dr. O'Connor wurde am 19. December 1897 zugezogen und machte an beiden Handgelenken und dem Kniegelenk Arthrotomieen und oberflächliche Incisionen, wie im ersten Fall. Aehnlicher Befund wie im ersten Fall, Irrigation, Drainage und Verband wie dort. Am zweiten Tage wurde die Temperatur normal, waren Schwellung, Röthe und Schmerz verschwunden und der Patient im Stande, die Theile gut und ohne Beschwerde zu bewegen. Am 27. December konnte er gut umhergehen und am 11. Januar 1898 geheilt entlassen werden.

Mit diesen zwei Fällen hat, so meine ich, Dr. O'Connor gezeigt, dass die acute rheumatische Gelenksentzündung im Falle einer heftigen Infection häufig mit periarticulären Entzündungserscheinungen einhergeht und ohne Gefahr mit gutem Erfolg chirurgisch behandelt werden kann; es ist aber mit diesen zwei Fällen auch der klinische Beweis geliefert worden, dass es sich beim acuten Gelenksrheumatismus oft um eine acute infectiöse Arthritis handelt. Je mehr wir diese Ansicht und Bezeichnung „infectiös" adoptiren und den alten Namen Rheumatismus für die schweren Fälle fallen lassen, desto besser wird es für das richtige Verständniss der Krankheit und deren erfolgreiche Behandlung sein. Bis ein Medicament entdeckt wird, welches sich als arthritisches Antitoxin bewährt, müsste die Behandlung in genannten Fällen chirurgisch bleiben, sobald O'Connor's Erfahrungen von anderer Seite bestätigt worden sind.

25 W. 46. St.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

17 West 43. Strasse.

Sitzung vom Montag, den 7. November 1898.

Präsident Dr. W. Freudenthal eröffnet die Sitzung nach 8¼ Uhr.

Das Protokoll der vorigen Sitzung wird verlesen und genehmigt.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest sodann das Protokoll der Sitzung des Verwlatungsraths, welches folgende Beschlüsse enthält: 1. Die Beamtenwahl soll in der nächsten Versammlung, und zwar wie im letzten Jahre von 8.15 bis 9.30 stattfinden. 2. Die Deutsche Medicinische Monatsschrift soll das officielle Organ des Vereins bleiben, obgleich die Cherouny Medical Monthly Publishing Company den Subscriptionspreis für die Mitglieder wieder auf $3.00 erhöhen muss. Der Präsident soll ein Committee von drei Mitgliedern ernennen als Deputierte zu dem grossen O'Dwyer Memorial-Committee.

Die Versammlung beschliesst ohne Debatte die Beschlüsse des Verwaltungsraths zu genehmigen.

Dr. Willy Meyer:

NITZES VERBESSERTES CYSTOSCOP FUER KATHETERISATION DER URETEREN, UND HARRIS' INSTRUMENT FUER DAS GESONDERTE AUFFANGEN DES NIERENHARNS.

Es ist klar, dass wir nach Einführung der Cystoscopie in die Diagnostik der Harnerkrankungen nicht einfach bei der directen Augenuntersuchung der Blase stehen bleiben konnten. Ihnen Allen ist bekannt, dass speciell Nitze sich verdient gemacht hat, diesen von ihm geschaffenen Zweig der Wissenschaft weiter auszubilden; auch die Nierenerkrankungen schärfer zu diagnosticiren durch gesondertes Abdrainiren jeder Niere, und zwar durch Einführen eines Katheters in die Ureteren von der Blase her unter Leitung des Auges, ohne Operation von aussen, sowohl bei der Frau wie beim Mann. Es ist zweifellos, dass das erste Ureteren-Katheterisations-Cystoscop von Nitze construiert wurde. Sie wissen, dass alsbald über die Priorität ein Streit entstand, weil Casper in Berlin zu gleicher Zeit, und, wie es scheint, unabhängig von Nitze, sein Instrument construirte. Die Streitigkeiten sind später auf gütlichem Wege zum Austrag gebracht. Sehr interessant ist nun, zu verfolgen, was für Instrumente construirt wurden, um mit verhältnissmässiger Leichtigkeit bei der Frau wie beim Mann mit Hülfe des Cystoscops die Ureteren zu entriren. Das zuerst construirte, recht unbrauchbare, das von Boisseau du Rochet, dann das Nitze'sche ursprüngliche Instrument; dann das Casper'sche; darauf kam Albarran mit einem complicirteren und doch auch wieder vereinfachten Instrumente. Was bei demselben vor allem einen Fortschritt bedeutet, ist, dass die Spitze des durch das Cysto-

scop eingeführten Katheters, durch einen sinnreichen Mechanismus in verschiedene Winkel gestellt werden kann. Das ist sicherlich ein grosser Fortschritt in Albarran's Instrument; aber das Licht ist nicht sehr gut. In der Beziehung haben wir aber bis jetzt gesehen, dass die besten Instrumente in Deutschland gemacht werden. Seit dem Erscheinen des Pariser Instrumentes haben wir ein verbessertes Nitze'sches und ein verbessertes Casper'sches Ureteren-Cystoscop bekommen, so dass im wahren Sinn des Wortes jetzt sechs demselben Zwecke dienende Instrumente im Markte sind. Es fragt sich nun, welches ist das beste? Nitze ist klugerweise auf den Gedanken gekommen, das Hauptprinzip des Albarran'schen Instruments zu adoptiren, nämlich diesen kleinen Hebel, welcher erlaubt, nach Einführung des Cystoscops dem Ureter-Katheter irgend eine Biegung zu geben. Sein neues Cystoscop hat noch weitere Vorzüge. Wenn früher Eiter in der Blase war oder eine Blutung eintrat und sich das injicirte Wasser verdunkelte, so waren wir genöthigt, entweder unter Schwierigkeiten die Flüssigkeit zu erneuern, oder wir mussten das Instrument ganz herausziehen und die Blase von neuem auswaschen und füllen. Unglücklicherweise ist gerade die männliche Urethra nicht dazu angethan für längere Zeit irgend ein grösseres Instrument in sich zu beherbergen, resp. eine grosskalibrige Sonde wiederholt passiren zu lassen. Wir haben trotz Eucainanaesthesie doch häufig mit einer grossen Irritabilität der hinteren Harnröhre und Blase zu kämpfen. Es ist deshalb jedenfalls ein zweiter grosser Vortheil bei Nitze's neuem Instrument, dass es möglich ist, während das Instrument ruhig in der Blase bleibt, das Ureteren-Cystoscop in ein Irrigations-Cystoscop zu verwandeln. (Demonstration). Auch der Ureter-Katheter des Nitze'schen Cystoscops ist besser als der des Casper'schen, bei dem man häufig wegen der Kleinheit des Katheter-Auges die Nieren trotz gelungener Entrirung des Ureters nicht drainiren kann. (Demonstration). Ein vierter Vorzug des neuen Nitze'schen Ureteren-Cystoscops ist, dass das Prisma sehr vergrössert, so dass man auch eine sehr kleine Ureterenöffnung leicht sehen kann, und ferner, dass die Lampe ausserordentlich hell ist. Es ist ein wunderschönes, klares Bild, welches man durch dieses Instrument erblickt. Der einzige Nachtheil, den ich finden konnte, ist, dass die Spitze des Katheters ab und zu aus der Achse des Instruments geht. Man hat dann die Ureteröffnung vor sich, aber sieht den Katheter nicht, den man einführen will. Ich habe nach Berlin darüber geschrieben, und glaube, dass der Fehler verbessert werden kann. Sonst halte ich Nitze's verbessertes Ureter-Cystoscop für ein ausserordentlich vollkommenes Instrument.

Nun, meine Herren, die ideale Methode der Katheterisation der Ureteren ist jedenfalls, in der Lage zu sein, zu gleicher Zeit sich das Blaseninnere und die Ureteren-Mündungen anzusehen, und in letztere dann einen Katheter einzuführen. Man kann oft mit einem Blick auf die Ureteren-Mündungen entscheiden, welche Krankheit vorliegt. So ist z. B. bewiesen worden, dass wenn man bei einem Patienten mit Verdacht auf tuberculöse Nierenerkrankung eine im allgemeinen gesunde Blase sieht, aber eine Ureteröffnung gesund und die andere deutlich erkrankt, speciell ulcerirt erscheint, dass dann mit absoluter Sicherheit eine von der Niere descendirende Tuberculose auf der Seite diagnosticirt werden

kann, auf welcher die Ureteröffnung erkrankt gefunden wurde. Also die directe Besichtigung der Blase ist von grossem Nutzen. Nun hat man schon seit vielen Jahren auf Methoden gesonnen, als man noch kein Cystoscop kannte, die Nieren abzuddrainiren, ohne dass man weiter die Blase besichtigte. Es giebt eine Unzahl derartiger Instrumente, mit deren Beschreibung ich Sie nicht aufhalten will. Speciell in den letzten zwei Jahren haben Rose und Neumann die Frage wieder aufgenommen. Ihre Methoden sind aber nicht vollkommen. Der amerikanische Erfindungsgeist ist auch hier dem anderer Völker vorausgeeilt. Es ist Dr. Harris in Chicago gelungen, ein wirklich ausserordentlich ingeniöses, einfaches und brauchbares Instrument zu construiren, welches bei der Frau wie beim Manne, allerdings ohne die Möglichkeit der Blasenbesichtigung, gestattet, den Urin von jeder Niere gesondert abzufangen. (Demonstration und Erläuterung des Instruments.) Ich habe das Instrument in der letzten Woche in zwei Fällen bei Frauen benutzt und war damit ausserordentlich zufrieden. Dr. Harris hat bewiesen, dass es sich auch beim Manne mit Erfolg anwenden lässt. Seit Demonstration des Instruments habe ich es noch mehrmals angewendet, auch zweimal beim Manne, im Ganzen bei 5 Frauen und 2 Männern, und bin mit dem Erfolge in jeder Beziehung zufrieden.

Somit ist das gesonderte Auffangen des Nierenharns wieder in ein neues und, ich kann sagen, sehr vereinfachtes Stadium getreten. Es ist nicht zuviel gesagt, was Harris dem Nitze'schen und Casper'schen Cystoscop vorhält, dass es nur in den Händen eines Experten gute Früchte trage, während jeder Arzt sein (Harris') Instrument mit Leichtigkeit hantiren könne, und es ihm möglich macht, mit demselben nachzuweisen, ob eine und dann welche Niere krank ist. Ich bin daher überzeugt, dass sich dieses Instrument nicht nur hier, sondern auch in Europa bald einbürgern wird.

Discussion:

Dr. L. Weiss: Ich habe dem, was Dr. Meyer bemerkt hat, sehr wenig beizufügen. Ich möchte betonen, dass ich selber das Vergnügen hatte, das Instrument zu handhaben unter des Erfinders Aegide, und da haben sich zwei kleine Mängel gezeigt, die von Nitze selber als solche bezeichnet wurden und die vielleicht jetzt schon gehoben sein werden. Der eine betrifft die kleine verschiebbare Platte des Instruments diesseits des Prismas. Wenn man irrigiren will, so muss man ein kleines Zahnrad nach vorwärts drehen, welches eine kleine Platte bis zum Prisma vorschiebt, die so entstandene kleine Oeffnung dient dem Strom, der von aussen eingetrieben wird, Platz zu geben und Schmutz, Eiter und Blut wegzuschaffen. Dieser Theil des Instruments, von der Oeffnung bis zum Prisma, ist ein klein wenig zu lang ausgefallen. Man erreicht nicht immer eine vollkommene Reinigung des Prismas. Aber das wird nach Aussage des Erfinders selbst verbessert werden. Ausserdem ist noch bei geschlossener Platte eine kleine Rauhigkeit vorhanden, die aber mit den jetzigen mechanischen Mitteln verbessert werden kann. Was die Achsendrehung anbelangt, so muss ich dem, was Dr. Meyer sagt, zustimmen. Es ist faktisch eine solche da. Aber vielleicht gelingt es Nitze auch diese zu verbessern, da er fortwährend geneigt ist, Vor-

schläge, wie sie Dr. Meyer macht, anzunehmen. Jedenfalls hat das Instrument das an sich, was der Franzose Trinité nennt: es ist ein Cystoscop, ein Irrigations-Cystoscop und ein Ureteren-Cystoscop zugleich, und als solches allen anderen viel überlegen, und sein optischer Apparat ist an Grösse und Klarheit unerreichbar.

Dr. Max Einhorn:

MEMBRANOESE ENTERITIS UND IHRE BEHANDLUNG.
(Wird anderwärts veröffentlicht.)

Discussion. Dr. A. Jacobi: Wie gewöhnlich, hat Dr. Einhorn in seinem Vortrag nicht bloss das Vorhandene uns wieder vorgeführt, sondern auch etwas Neues hinzugefügt. Zu dem Bild, das er von der membranösen Enteritis entworfen hat, möchte ich nur eine Bemerkung machen. Ich habe nicht gefunden, dass die heftigen Schmerzen, von denen er spricht, sich nothwendig als ein Theil des Krankheitsbildes erweisen müssen. Ich habe eine Reihe von Fällen gehabt, in denen allerdings abdominale Unbehaglichkeit sich einstellte, aber die heftigen Schmerzen fehlten. Was die Magensecretion anbetrifft, so habe ich in gar vielen Fällen gefunden, dass dieselbe ungewöhnlich sauer war. Da die meisten dieser Patienten neurotischer Natur sind und sich mit Darmneurose so häufig eine Magenneurose verbindet, ist das Vorkommen der Hyperacidität im Magen leicht zu erklären.

Der Vergleich mit dem Larynxcroup hinkt ein bischen zu sehr. Ein Larynxcroup ist fast in jedem Falle, mindestens in 80 bis 85 Procent der Fälle diphtheritischer Natur. Die anderen sind nicht, mit Ausnahme der acuten Larynxcatarrhe, der sog. „Pseudocroup", Anhäufungen von Schleim, sondern sie sind vorzugsweise Faserstoffgerinsel. Nun sind die Membranen in der membranösen Enteritis Schleim, mitunter solider Schleim, einfach condensirt. In einer grossen Anzahl von Fällen finden sich leichte fibrinäre Zusätze von Faserstoff, es giebt sogar einige, in denen Faserstoffbeimengungen ziemlich bedeutend ist. Wenn sich ein Vergleich ziehen liesse, so wäre der eher mit denjenigen Fällen von sogenannter fibrinöser Bronchitis, deren Krankheitsproducte bisweilen nur aus Schleim besteht.

Sie werden mir wohl erlauben, da wie gesagt Dr. Einhorn das Thema ziemlich erschöpft hat, mich auf ein paar fragmentarische Bemerkungen zu beschränken. Dr. Einhorn hat Nothnagel citirt. Nothnagel begeht meiner Meinung nach darin einen Irrthum, dass er am Kopf seiner Abhandlung in seinem neuen Handbuch zwei Titel aufführt. Der eine ist Colica mucosa, der andere Enteritis membranosa. Er behauptet, dass in Colica mucosa die Absonderung von grossen Massen Schleim stattfindet, die nicht membranös geartet, nicht entzündlicher Natur sind. Dagegen seien, behauptet er, die Fälle von membranöser Enteritis ursprünglich hyperämisch, entzündlicher Natur. Das ist meiner Meinung nach gewiss ein Irrthum. Diese Fälle von Hypersecretion des Darms sollten unter einen Hut gebracht werden, denn wir müssen annehmen, dass ähnliche Ursachen diese beiden Zustände bewirken. Wenn Nothnagel einen Unterschied constatirten wollte, so glaube ich, würde es umgekehrt richtiger sein, da sich bei der mukösen Form gelegentlich Beimischung von Blut und Massen von gewimperten Epi-

thelien finden, viel mehr als in der membranösen Form. Die Autopsien bewiesen das auch, welche Osler gemacht hat. Autopsien sind bei der Krankheit ausserordentlich selten. Dr. Einhorn hat von zweien schon gesprochen, die Rottmann gemacht hat, und Osler hat zwei gemacht und behauptet, dass von entzündlichen Erscheinungen im Darm absolut keine Rede gewesen sei. Es scheint mir also, dass gerade die membranöse Form die weniger entzündliche sei.

Was die Ursache anbetrifft, so hat Dr. Einhorn die Neurose, die allgemein neurotische Constitution der Weiber und die Neurasthenie der Männer als Ursache angegeben. Ich glaube, das ist im allgemeinen angenommen. Die Frage ist, ob in jedem Falle eine congenitale Anlage da ist oder nicht. In vielen Fällen ja, denn die Kinder, die ich mit membranöser Enteritis gesehen habe, waren immer, wenn nicht selber schon neurasthenisch, aus neurotischer Familie. Ich denke, dass ich ein Dutzend Kinder unter sieben Jahren mit membranöser Enteritis im Lauf der Jahre gesehen habe. Darunter ist nicht ein einziges, das nicht aus neurotischen Familien stammt, in denen gelegentlich eine Geisteskrankheit unterlief und die Weiber hysterisch waren. Bei Männern ist die Krankheit auch nicht so selten. Das Verhältniss, das Dr. Einhorn angegeben hat, ist ganz gewiss correkt und stimmt mit dem, was andere beobachtet haben. Nur scheint mir, dass wir fehl gehen, wenn wir die Zahl der membranösen Enteritis-Fälle nach den Fällen von Dr. Einhorn beurtheilen. Wenn ich mich nicht sehr irre, und von der Thatsache ausgehe, dass er Verdauungsorgane als ausschliessliche Specialität behandelt, so handelt es sich bei ihm um einen Procentsatz, der sich auf Digestionsorgane und nicht auf allgemeine Krankheitsanlage und die allgemeine Krankheit-Statistik bezieht. Deshalb sind die Zahlen sehr viel kleiner als die bei ihm. Leider Gottes ist aber die Krankheit häufig genug. Bei Männern ist an der Krankheit, wenn sie im Alter von 16, 20 bis 25 Jahren auftritt, sehr häufig die leidige Masturbation schuld. In einer kleinen Reihe von Fällen war neben membranöser Enteritis auch Rumination vorhanden, die nach meiner Erfahrung auch als Resultat eines geschwächten Nervensystem anzusehen ist, dass sein Gleichgewicht verloren hat. Dr. Einhorn hat uns gesagt, dass viele seiner Fälle Enteroptose hatten. Das ist ganz characteristisch und höchst interessant. Denken wir uns nur, was die Enteroptose auf das Nervensystem des Unterleibs für einen Einfluss haben muss. Die Eingeweide sind durch eine ganze Reihe von Nervencentren und Nervenverzweigungen beeinflusst. Da handelt es sich um den Auerbach'schen und Billrot-Meissner'schen Plexus und die Verzweigungen des Vagus, und um den Mesentericus und Hypogastricus. Alle die werden in ihrer anatomischen Lage gestört durch die Enteroptose und in ihrer funktionellen Leistung. Da finden Zerrungen, Verschiebungen statt, und es ist mir ganz erklärlich, wie in Uebereinstimmung mit dem, was Dr. Einhorn uns aus seiner Erfahrung mitgetheilt hat, die Enteroptose besonders da, wo die geringste Neigung zu Hysterie vorhanden ist, diese steigert und uns dann schliesslich als Resultat das giebt, was als Enteritis chronica mucosa oder membranöse Enteritis beschrieben worden ist.

Ich habe vorhin gesagt, dass Colica mucosa und membranöse Enteritis zusammengehören, aus dem ganz einfachen Grund, weil wir die

grosse Anzahl von Secretionsstörungen vor uns haben unter denselben Einflüssen. Die Secretionsstörungen, die wir im Darm haben, geben sich in verschiedener Weise zu erkennen, entweder als einfaches Serum oder dicke Schleimabsonderung oder als die Membranen-Absonderung, von der die Rede gewesen ist. Von der Serum-Absonderung haben wir alle viele Beispiele. Alle möglichen Gemüthsbewegungen machen plötzlichen Durchfall. Es handelt sich da um plötzliche Erregung oder Lähmung oder vielleicht beides in den verschiedenen Nervenzweigen, und das Resultat ist ein Durchfall, an dem vielleicht mancher von uns gelitten hat, von dem wir aber alle an unseren Patienten recht viele Beispiele sehen. Dass z. B. Durchfall bei hysterischen Weibern sehr häufig nicht gut wird auf gewöhnliche Behandlung, wenn wir mit Bismuth stopfen wollen, aber sehr häufig gut wird auf Nervenmittel, Brommittel, ist wohl eine ziemlich bekannte Erfahrung. Nun wenn die Secretions-Störung nicht so plötzlich ist, sondern langsam eintritt, kommt Schleim zustande, wenn noch langsamer, vielleicht ein Niederschlag zwischen den Längsfasern und in die Recessen des Colon, und so ist es nun natürlich, dass wir alle diese Dinge eigentlich unter einen Hut bringen sollten.

Dr. A. Rose: Ich habe selbst keine Erfahrung über die Krankheit und bitte um Entschuldigung, wenn ich nur aus theoretischen Gründen einige Worte über die Behandlung sage. Im Lauf der Jahre machte ich Beobachtungen über den Einfluss der Kohlensäure bei verschiedenen Krankheitszuständen, zu aller erst bei Dysenterie, und da ist mir besonders aufgefallen, wie schnell der Tenesmus dieser Behandlung weicht. Die Affection der Mastdarmschleimhaut wird in so günstiger Weise von Kohlensäureinjektion beeinflusst, wie ich es von keinem anderen Mittel gesehen habe, namentlich nicht von Eingiessung von warmem Wasser. Dann beobachtete ich den sehr auffallenden Einfluss der Kohlensäure auf die Nerven bei anderen Affectionen, z. B. bei Vaginismus. Das alles gehört hierher, wenn die membranöse Enteritis membranacea als eine Secretions-Neurose aufzufassen ist. Es ist anzunehmen, dass die Inflation der Kohlensäure nervenstillend einwirkt, und es dürfte sich wohl empfehlen, mit derselben einmal einen Versuch bei Enteritis membranacea anzustellen. Während des letzten Sommers behandelte ich eine grosse Anzahl von Kindern im hiesigen Findelhaus, die an Keuchhusten litten, mit Kohlensäureeinblasungen ins Rectum, ud da ist mir sehr aufgefallen, wie die schwächlichen Kinder sich ausserordentlich schnell unter dieser Behandlung besserten, kräftiger wurden. Dr. Einhorn hat unter den Mitteln auch Reisen ins Gebirge empfohlen. Da würde die Kohlensäuretherapie als Ersatzmittel empfohlen werden können, denn nach meiner Erfahrung und nach dem, was ich bis jetzt über dieses Mittel gelesen habe, ersetzt ihre Anwendung zu Heilzwecken gewissermassen die Reise in's Gebirge oder in ein Bad, denn sie vermehrt die Sauerstoffaufnahme ins Blut und in die Gewebe. Dr. Jacobi sprach von den Fällen von Rottmann, in welchen keine Entzündung gefunden worden sei. Wenn ich nicht irre, war in dem einen Falle von Rottmann allerdings ein Darmkatarrh vorhanden. Ich gedenke die Kohlensäure auch in Form von Gasbädern zu versuchen, und in dieser Form angewandt, wird, wie man annehmen kann, die Kohlensäure das Nervensystem bei Neurosen oder peripherischen Paralysen günstig beeinflussen.

Dr. L. Weber: Ich habe eine kleine Reihe von Fällen von muköser oder membranöser Colitis behandelt, wo kleine und grosse Schleimstücke aus dem Darm entleert wurden, mit und ohne Schmerz. Die Patienten waren meist im Alter zwischen 20 und 40 Jahren. Einige derselben gaben eine Geschichte von früheren Darmerkrankungen. In einem Falle war eine Vorgeschichte von Dysenterie, drei bis vier Jahre vorhergegangen, nachzuweisen, die übrigen betrafen nervöse Frauen ohne Vorgeschichte von Darmerkrankungen. Meinen klinischen Erfahrungen nach möchte ich die Krankheit als vaso-motorische Neurose auffassen. Grosse Schmerzen habe ich in zwei Fällen beobachtet, und das sind jene Fälle, in denen sich grosse Schleimstücke bilden, die in Form von Klumpen ausgestossen werden. Die Behandlung der Krankheit ist eine langwierige, die Heilung ist nicht beständig. Unter den 7 bis 8 Fällen, die ich im Lauf der letzten 15 Jahre beobachtet habe, habe ich nicht das Glück gehabt, auch nur einen einzigen dauernd zu heilen. Es ist ja nicht möglich die Constitution solcher Individuen zu ändern, die neurotische Veranlagung aufzuheben, und wenn die glückliche Behandlung eines Falles gelingt, so sind sie doch nach sechs Monaten oder einem Jahr geneigt wieder rückfällig zu werden, manchmal infolge von Anstrengungen, längeren Reisen, z. B. durch psychische Erregung. Verstopft sind sie ja alle mehr oder weniger, und chronische Constipation ist, glaube ich, sehr häufig eine der Ursachen, wenigstens der Auslösung der Anfälle. Ein Arzneimittel möchte ich denen hinzufügen, welche der Vortragende genannt hat, d. i. das Tannalbin. Dies ist unbedingt ein Mittel, das bei der Behandlung der Krankheit das vollste Vertrauen verdient. Es ist hier in der Stadt von mehreren Collegen mit Erfolg angewandt worden. Ich habe es in den letzten zwei bis drei Jahren in jedem Fall, der in meine Behandlung kam, angewandt, und ich kann nur sagen, dass das Mittel, in Grammdosen drei- bis viermal täglich längere Zeit fortgesetzt, immer gut vertragen wird und niemals Magenerscheinungen macht. Es entfaltet beim Durchgehen durch den Darm langsam seine Wirkung und hat entschieden heilenden Einfluss. Leider wird aber auch damit nicht eine Heilung im idealen Sinn des Wortes erzielt, so dass die Patienten nicht rückfällig würden. Ausserdem sind regelmässige Oelklystiere als ein Hauptmittel in der Behandlung der Krankheit zu betrachten. In Bezug auf die Ernährung kann ich nicht mit Von Noorden's Methode übereinstimmen. Meiner Erfahrung nach ist es allerdings wichtig, die Patienten gut zu ernähren und alles zu thun, um sie zu kräftigen und die Nerven widerstandsfähig zu machen.

Dr. L. Heitzmann: Ich habe in den letzten Jahren Gelegenheit gehabt, wohl ein Dutzend Fälle von Enteritis membranacea microscopisch zu untersuchen. Ich hatte die Krankheit immer als Colitis membranacea angesprochen und möchte gern von Dr. Einhorn wissen, warum er den Ausdruck Enteritis vorzieht, während er doch selbst gesagt hat, dass sich die Krankheit auf das Colon beschränkt. Dr. Einhorn hat über das, was man microscopisch findet, recht wenig gesagt, Dr. Jacobi dagegen ziemlich alles erwähnt. Die Fälle die ich untersucht habe, haben alle ungefähr dasselbe ergeben. Es sind thatsächlich Schleimgerinsel, doch habe ich noch keinen Fall gehabt, wo ich nicht mindestens etwas Fibrin gesehen hätte. Es waren Blutkörperchen vorhanden und mehr

oder weniger Fibrin in jedem einzelnen Falle. Ferner waren in jedem Falle Eiterkörper vorhanden, die beweisen, dass die Fälle wohl immer entzündlicher Natur sind. Die Eiterkörperchen waren in manchen Fällen sehr gering, aber vorhanden sind sie stets gewesen. Man muss freilich vorsichtig sein, dass man die Schleimkörperchen nicht mit Eiterkörperchen verwechselt. Nun sind aber Schleimkörperchen in der Grösse sehr veränderlich, während Eiterkörperchen ja immer klein und mehr oder weniger gröber granulirt sind als Schleimkörperchen. In fein granulirten Eiterkörperchen findet man Kerne, die jedoch in Schleimkörpern nicht vorhanden sind und glaube ich nicht, dass man die zwei verwechseln kann, wenn man vorsichtig ist. Dr. Einhorn sprach von möglichen Becherzellen, die er in dem einen Fall gefunden hat. Ich konnte in jedem Fall diese Becherzellen nachweisen, und glaube nicht, dass wir es hier mit Parasiten zu thun haben.

Dr. S. J. Meltzer: Ich möchte zunächst die Frage des Dr. Heitzmann in Bezug auf den Titel beantworten. Man hat die Krankheit früher stets Enteritis membranacea genannt und nur Nothnagel hat die Bezeichnung Colitis mucosa eingeführt. Colitis membranacea hat sie wohl keiner genannt. Was die Anwesenheit von Fibrin betrifft, so sagte P. Gutmann, dass die entleerten Massen aus Fibrin bestanden haben, alle übrigen Autoren hingegen halten die Massen nur für Schleim.

Ich möchte ferner folgendes bemerken: Die Enteritis membranacea hat keine pathologische Anatomie. Klinisch weist sie auch nur zwei Symptome auf: Kolik und Schleimabgänge. In Bezug auf die Kolik hat schon Dr. Jacobi gesagt, die brauche gar nicht schwerer Natur zu sein. Auch in Bezug auf den Schleim kann man sagen, dass er weder röhrenartig oder sonst irgendwie charakteristisch zu sein brauche. Unter diesen Umständen wird man wohl in manchen Fällen über die Richtigkeit der Diagnose Enteritis membranacea seine Zweifel hegen dürfen. Ich will dies durch einen Fall illustriren: Die Patientin ist längere Zeit für Enteritis membranacea behandelt worden; sie hatte aber die beiden Symptome: Schmerz und Schleimabgänge. Sie war recht energisch behandelt worden, sie hat sich täglich zwei- bis dreimal Darmausspülungen machen müssen, wobei sie natürlich immer nachgesehen hatte, ob auch Schleim in den Entleerungen war. Sie war auch mit strenger Diät behandelt worden. Nun habe ich sie einfach dadurch kuriert, dass ich ihr erstens angerathen habe, ordentlich zu essen, dann aber auch die Ausspritzungen abgesetzt und auch das Studiren ihres Stuhlganges untersagt; sie hat seitdem weder Schleim noch Schmerzen gehabt. Dr. Einhorn hat nichts über die Lokalität erwähnt. Es verdient aber hervorgehoben zu werden, dass die Schleimansammlungen (und Schmerzen) nur auf das Quercolon und Colon descendens beschränkt sind; im Colon ascendens hingegen sollen stets Faecalmassen angesammelt sein. Man dürfte demnach vielleicht als dritten Punkt besonders hervorheben, dass die Stuhlgänge während der Kolikanfälle keine Fäcalmassen enthalten, weil das Quercolon und Colon descendens, wo der Vorgang sich abspielt, eben von Fäces frei sind. Vielleicht aber hat auch die Leere dieser Darmtheile etwas mit der Entstehung des Schmerzes zu thun. Wenn einmal nämlich aus irgend einem Grunde sehr heftige Contractionen der betreffenden Darmtheile entstehen, zu einer Zeit, wann dieselben leer

sind, so können diese Contractionen Schmerzen veranlassen und mit der Zeit auch, durch den Druck und die Reibung der freien Schleimhäute an einander, die Production von Schleim bewirken. Darum ist es vielleicht auch gar nicht rathsam, so oft Darmausspülungen vorzunehmen.

Es ist hier mehrfach gesagt worden, dass die Beziehung dieser Krankheit zur Enteroptose neurasthenischer Natur ist. Ich möchte auf eine experimentelle Mittheilung aufmerksam machen, die für diese Frage von Interesse ist. Wenn man ein Kaninchen auf ein Brett befestigt und das Brett aufrecht hält, so dauert es gar nicht lange, bis das Herz ganz blutleer wird und der Blutdruck sinkt, weil das Blut sich in den Eingeweiden ansammelt. Wenn man aber den Leib erst mit Binden fest umwickelt, und das Thier erst dann aufrichtet, dann behält das Herz das normale Blutquantum, der Blutdruck sinkt nicht und das Thier hält diese abnormale Position längere Zeit aus. Eine Enteroptose kann daher zur vermehrten Schleimsecretion im Darm in ursächlicher Beziehung schon dadurch stehen, dass die erschlafften Bauchwände eine beträchtlich vermehrte Blutfülle der Darmeingeweide bewirken. Enteroptose kann also auch ohne Neurasthenie, auf rein mechanischem Wege mit der Enteritis membranacea in enger Verbindung stehen.

Dr. J. Fraenkel: Dieses Kapitel ist für den Neurologen besonders interessant. Fast alle Herren haben heute Abend die Meinung geäussert, dass das Nervensystem bei der Enteritis membranacea ätiologisch und pathologisch eine bedeutende Rolle spielt. Dass es sich um einen nervös bedingten Zustand handelt wäre unter Anderem auch aus dem anfallsweisen Auftreten der Symptome wahrscheinlich gemacht, und wenn man Vergleiche zur Illustration gebrauchen will, so würde mir ein Vergleich mit asthmatischen Anfällen besser scheinen, als der Vergleich mit Croup. Die erfolgreiche Therapie von der uns Dr. Meltzer erzählt, würde auch für die neurotische Natur der Erkrankung sprechen.

Die Symptomatologie der Erkrankung wurde uns von Dr. Einhorn klar und recht ausführlich geschildert und von Dr. Jacobi ergänzt. Ich glaube jedoch, dass in der Beziehung noch die Resultate von Sensibilitätsprüfungen mehr Berücksichtigung verdienen würden. Gerade in letzter Zeit ist eine überaus gründliche und ausführliche Arbeit von einem englischen Forscher erschienen, der auf Hitzig's Veranlassung ins Deutsche übersetzt wurde. Die Arbeit ist: „Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen von Dr. Henry Head." Man findet nämlich, wenn man sorgfältig sucht, im Anfalle sowohl als in der anfallsfreien Zeit häufig bei Fällen von Enteritis membranacea hyperästethische Bezirke mit leicht hypästhetischen abwechselnd in der Haut des Rumpfes. Ueberdies kann man nicht selten auch sonst am Körper häufig ausgedehnte Flecken finden.

Die eigentliche Natur der Krankheit ist doch nach allem, was wir wissen, noch recht unklar. Bezüglich der Therapie glaube ich aus meiner Erfahrung sagen zu dürfen, dass man mit Opiaten etwas vorsichtiger sein müsse und die Krankheit vielmehr im Sinne ihrer nervösen Natur behandeln. Ich habe in den letzten vier bis fünf Jahren eine Reihe von ca. 8 Fällen gesehen, habe aber nicht den Eindruck gewonnen, als ob irgend welche Diät bei der Behandlung von Bedeutung wäre. Die Leute werden Anfälle bekommen, wenn sie auch sehr vorsichtig sind, und werden

keine bekommen, wenn sie alle möglichen Diät-Fehler begehen. Bei der Einheitlichkeit der Auffassung der Krankheit als einer neurotischen sollte die grösste Aufmerksamkeit der allgemeinen nervösen Basis der Krankheit geschenkt werden.

Dr. A. Seibert: Ich möchte mich dagegen verwahren, dass auch ich damit übereinstimme, dass es sich hier um eine Erkrankung des Nervensystems, oder um eine Störung im Darm handle, die lediglich nervösen Ursprungs ist. Die Symptomatologie und Pathologie dieses Leidens zwingt mich dazu anzunehmen, dass es sich hier um eine gewöhnliche Infectionskrankheit handelt, die meist bei Verstopften, also Leuten, welche immer mehr oder weniger neurasthenisch sind, beobachtet wird. Auch das häufigere Vorkommen bei Weibern zeigt auf die Verstopfung als Gelegenheitsursache. Es mag sich da in dem an und für sich faulenden Darminhalt um gelegentliche Massenentwicklung von Bacterien handeln, die wir noch nicht kennen, und die dann diese plötzliche Enteritis mit abnormer Schleimabsonderung und Schmerzen hervorrufen. Es ist sehr betont worden, dass da keine pathologischen Veränderungen zu finden sind. Die sehr kleine Anzahl der Obductionen kann nicht als Beweis gelten. Nach acuten Darmerkrankungen der Kinder, die zur Obduction kommen, findet man macroscopisch in der Regel gar nichts, und microscopisch ausserordentlich wenig, nur bei lang andauernder und tief eingreifender Enteritis haben wir natürlich pathologische Veränderungen. Erkennen wir heutzutage alle Darmcatarrhe als Infectionskrankheiten an, warum soll die membranöse Enteritis nun noch die traurige Rolle spielen, zu welcher lange Jahre hindurch die membranöse Laryngitis verurtheilt war.

Dr. A. Ripperger: Ich möchte dem, was Dr. Einhorn über die Schmerzen bei den Anfällen gesagt hat, rückhaltlos beipflichten. Die Schmerzen beherrschen in vielen Fällen das Krankheitsbild. In einem Fall, dessen ich mich noch speciell erinnere, trat während des Anfalls und nachher ein brennender Schmerz in der Magengegend auf, und zwar derart, dass von anderer Seite ein Ulcus diagnosticirt wurde. Dr. Meltzer hat erwähnt, die Krankheit habe keine pathologische Anatomie und zwei Symptome: Kolik und Ausstossung der Membrane. Ich möchte sagen, dass noch ein drittes Symptom vorhanden ist, nämlich die überaus ungünstige Beeinflussung des Allgemeinzustandes. Die Kranken besehen ihren Stuhl, bringen denselben ihrem Arzte, und dieser fertigt sie mit mehr oder minder gelehrten Erklärungen ab; der Patient geht wieder nach Hause und befindet sich in einem trostloserem Zustande als zuvor. Dadurch erhält dann die Hysterie und Neurasthenie wieder neue Nahrung und die Enteritis membranacea tritt dann in verstärktem Maasse und noch heftiger zu Tage, kurzum, es besteht ein ewiger Circulus vitiosus. Wie die Enteritis membranacea zu Stande kommt, wissen wir trotz allem, was darüber gesagt ist, doch noch nicht. Der Zusammenhang zwischen Neurasthenie und Enteritis kann nicht genug betont werden. Wenn man natürlich auch nicht sagen kann, dass in jedem Falle von Hysterie und Neurasthenie Enteritis membranacea auftritt, so kann man aber doch, wie ich glaube, mit ziemlicher Sicherheit den umgekehrten Schluss ziehen und sagen, wo Enteritis membranacea vorhanden ist, da ist Hysterie oder Neurasthenie mit im Spiele. Wenn ein mir bisher unbekannter

Patient mit den Symptomen von Enteritis membranacea zu mir kommt, so richte ich sofort mein Augenmerk, durch frühere Erfahrungen bewogen, auf den übrigen Zustand des Patienten, bezüglich Hysterie oder Neurasthenie, und ich habe mich, so weit ich mich erinnere, nicht in einem einzigen Fall in der Diagnose über die hysterisch- oder neurasthenische Natur getäuscht. Was die Therapie anbelangt, so möchte ich erwähnen, dass mir in einem Fall periodische Darmausspülungen mit Kochsalzlösungen eine bedeutende Besserung gebracht hat.

Dr. C. Bloch: Ich möchte auch meine Erfahrung in dieser Krankheit ganz kurz mittheilen. Ich habe in den letzten drei Jahren vier solche Fälle gehabt und möchte nur den letzten besonders anführen, weil er noch ein anderes Symptom darbietet, welches nach meiner Ansicht die nervöse Natur beweist. Alle vier Fälle betreffen Frauen im Alter von ca. 32 bis 45 Jahren. Sie boten alle neurasthenische Symptome dar. Nur bei der letzten Patientin war ich etwas zweifelhaft darüber, weil sie ganz entsetzlich heruntergekommen war und kaum mehr stehen konnte. Sie klagte, ihr Stuhlgang bestehe aus Steinen. Die Steine erwiesen sich als Kothconcremente. Der Stuhlgang sah wie Ziegenkoth aus, mit Schleim und grossen membranösen Fetzen. Nach einer Morphininjection hörte dieser Ziegenkoth, der seit vielen Monaten bestand, auf, und zum ersten Mal kamen längere, grössere Kothstücke zum Vorschein. Es konnte sich also nicht um eine organische Strictur handeln. Es ist bekannt, dass dieser ziegenartige Stuhl auch bei anderen neurasthenischen Kranken gesehen worden ist, und das erhärtet denn auch die nervöse Natur des Leidens.

Therapeutisch möchte ich hinzufügen, dass ich mit allgemeinen roborirenden Mitteln vorgegangen bin. Ich habe immer empfohlen, Milch zu trinken, nicht als Specialdiät, sondern weil ich gefunden habe, dass sie am allerleichtesten assimilirt wird, und ich habe auch Creosot gegeben und stets eine bedeutende Besserung davon gesehen. Die Patienten haben zugenommen und sind im Ganzen viel stärker geworden.

Dr. K. Dauber: Die Frage, ob die Krankheit neurotischer oder catarrhalischer Natur ist, ist auch heute Abend wieder in den Vordergrund getreten. Ich habe eine grössere Zahl von Enteritis membranacea-Fällen gesehen und bin im Ganzen von der Erklärung, dass sie eine rein neurotische Erkrankung sei, allmählich zurückgekommen. Anfänglich herrschte die Ansicht, dass die Membranen nur oder doch zum grossen Theil aus Fibrin bestehen. Bei genauerer Untersuchung fand sich aber mehr und mehr Schleim. Ich muss Dr. Heitzmann beipflichten, dass man bei microscopischer Untersuchung so gut wie niemals Eiterkörperchen vermisst. Was nun die Abbildung anlangt, die Dr. Einhorn hier hat cirkuliren lassen, so halte ich die abgebildeten Elemente für Darmepithelien, für typische Cylinderepithelien. In vielen Fällen finden wir bei der microscopischen Untersuchung der abgeschiedenen Membranen auch frische, rothe Blutkörperchen. Dies letzte Moment spricht absolut dafür, dass die Schleimhaut stark gereizt ist. Man kann sich von der neurotischen Lehre wohl desshalb nicht ganz lossagen, weil die Krankheit in Anfällen auftritt. Der Anfall ist meiner Meinung nach bedingt durch den Darmkrampf. Dieser kann durch psychiche Alteration hervorgerufen sein, und ich erinnere mich solcher Fälle, in denen eine schlechte

Nachricht, ein Schreck, z. B., einen derartigen Anfall auslöste. So lange der Darmkrampf nicht da ist, befindet sich der Patient wohl. Es wird sich wohl in der ganzen Sache um eine langsame Abscheidung von Schleim und zum Theil Serum, Fibrin in den Darm hinein handeln. Alles dies legt sich in die Falten der Schleimhaut ein, sammelt sich dort an und wird von Zeit zu Zeit abgestossen. Man findet in manchen dieser Krankheitsbilder eine Periode des besten Wohlbefindens, einige Tage nach dem Anfall, dann steigern sich die Beschwerden allmählich, bis wieder ein Anfall eintritt. Ich glaube, es ist heute Abend mancher Fall erwähnt worden, der nicht zu Enteritis membranacea gehört. Wer viele Stühle untersucht und viel mit Darmkrankheiten zu thun hat, wird zeitweise gefällten und ganz mit dem Stuhlgang verfilzten Schleim beobachten, aber in diesem Schleim findet man weniger Zellen und niemals Fibrin, sondern nur Schleim. Wäscht man dies Schleim aus, so findet man Gebilde, die eine gewisse Aehnlichkeit mit den Abscheidungen bei Bronchitis fibrinosa haben. Das sind Fälle, die beim ersten Anblick, wenn sie mit Kolik einhergehen, wohl auch als Enteritis membranacea imponiren können, aber nichts damit zu thun haben, sondern einfache Darmcatarrhe sind, und müssen dementsprechend behandelt werden. Die anderen Fälle reiner Enteritis membranacea, die von psychischen Erregungen abhängig sind, lassen sich nach meiner Erfahrung wohl am besten neben vernünftiger diätetischer Behandlung durch allgemein roborirende Mittel bessern. Die Behandlung des meist zu Grunde liegenden Catarrhs darf aber nicht vernachlässigt werden.

Dr. A. Jacobi: Während der Verhandlung ist mir etwas eingefallen, was mir in Bezug auf das Zustandekommen der Membranen von Wichtigkeit scheint. Ich sprach schon von der Vielfältigkeit des Nerveneinflusses in den Eingeweiden. Der Nerveneinfluss ist entweder erregend oder hemmend. Nun ist es auffallend, dass z. B. der Splanchnicus, wenn er erregt wird, gereizt wird, nur die Längsmuskeln reizt, dagegen die Ringmuskeln hemmt. Auf der anderen Seite erregt der Vagus, wenn er gereizt wird, die Ringmuskeln und hemmt die Längsmuskeln. Der Nerveneinfluss ist sehr verschieden und sehr kräftig. Die natürlichen Bewegungen des Darms werden damit auf eine abnorme Höhe geschraubt, und besonders in den schmerzhaften Stellen müssen starke Contraktionen stattfinden. In einzelnen Fällen, bei mageren Personen, können wir sogar sehen, wie diese Contraktionen stattfinden. Diese Contraktionen selber, wenn sie irgend wie lange dauern, sind krampfhafter Natur und beeinflussen die Cirkulation auch durch directe Ausschwitzung. Mir ist eingefallen, was wir Heubner zu verdanken haben in der Vorbacillen-Zeit der Diphtherie. Er schrieb damals ein Buch über die Herstellung der diphtherischen Membranen durch Druck. Er schnürte die Blase ab und fand nach kurzer Zeit Membranen, die die ganze Blase ausfüllten. Sie bestanden zum Theil aus Schleim, zum grossen Theil aus Faserstoff. Ich denke mir daher, dass es möglich wäre manche dieser Fälle in der Weise zu erklären, dass es sich um einen anhaltend nervösen Druck handelt. Auf alle Fälle ist es der Mühe werth diese Resultate Heubner's im Gedächtniss zu behalten. Möglicherweise erklärt sich gerade der Umstand der Membranenbildung, während wir gewöhnlich nur zähen Schleim haben, aus der Thatsache der Compression. Was die Behandlung betrifft,

so glaube ich, ist Dr. Einhorn ein bischen zu lokal vorgegangen. Trotzdem ich auf dem „neurotischen Standpunkt' stehe, sollte die Behandlung vorzugsweise gegen den Darm gerichtet sein. Dann werden die Fälle erheblich besser. Freilich bin ich noch nicht vorbereitet auf den angeblichen Erfolg von einigen gegen Enteritis membranacea ausgeführten Colotomien viel zu geben.

Dr. Max Einhorn (Schlusswort): Ich freue mich, dass die Herren sich so zahlreich an der Discussion betheiligt haben. Herr Dr. Jacobi hat mit Recht hervorgehoben, dass die Schmerzen zuweilen fehlen können, aber ich glaube, wenn man nachforscht, so werden sich doch immer leichte Andeutungen von Schmerzempfindungen feststellen lassen. Ich muss sagen, dass ich nach meinen Untersuchungen finde, dass gerade die Hyperacidität, die sich sonst so sehr häufig bei Nervösen findet, hier sehr wenig hervortritt. Es spielt dagegen gerade das Entgegengesetzte eine Hauptrolle, nämlich dass die Secretion so sehr gering ist. Herr Dr. Jacobi hat auch Recht, wenn er mit Nothnagel in Bezug auf die Trennung der beiden Ausdrücke nicht ganz übereinstimmt. Ich glaube, wir sollten, da wir die nervöse Natur der Affection kennen und die membranöse Enteritis als nervöse Affection von jeher unter diesem Namen beschrieben worden ist, denselben beibehalten. Es thut nichts, wenn der Name etwas auf Entzündung hindeutet, wenn wir nur wissen, dass keine Entzündung dabei vorhanden ist. Es ist auch ganz selbstverständlich, dass zuweilen ein wirklich catarrhalischer Zustand im Darm da sein kann, und doch ist es eine nervöse Affection. Ein kranker Darm braucht noch nicht deshalb, weil er krank ist, von dieser nervösen Affection ausgeschlossen zu sein. Herr Dr. Weber hat auch recht, wenn er hervorhebt, dass sich in der Geschichte der Fälle manchmal Affectionen finden, welche den Darm geschwächt haben. Das kommt gewiss vor. Was die Therapeutik betrifft, so ist Tannalbin in den Fällen, wo Darmcatarrh mit da ist, glaube ich sehr gut, bei rein nervösen Fällen kann man aber Adstringentien entbehren. Herr Dr. Rose hat den Werth der Kohlensäure hervorgehoben und glaubt, dass während des Anfalls sich Einblasungen von Kohlensäure empfehlen könnten. Ich kenne selber den Werth des Mittels gerade in diesem Fall nicht. In Fällen von richtiger Dysenterie habe ich aber auch Nutzen von dieser Methode gesehen. Wenn Herr Heitzmann microscopisch Blutkörperchen und Eiterkörperchen gefunden, so muss ich sagen, dass dies nicht mit meiner Erfahrung übereinstimmt. Blutkörperchen habe ich fast nie in diesen Membranen gefunden. Herr Dr. Heitzmann hat vielleicht Schleimstückchen untersucht von Fällen mit Darmcatarrh. An den Membranen kann man das gar nicht sehen. Herr Dr. Meltzer hat auf die Wichtigkeit der Enteroptose und den Zustand der Füllung der Blutgefässe hingewiesen, und ich glaube, dass dies entschieden auch von Wichtigkeit ist. Herr Dr. Fränkel hat diese Anfälle mit asthmatischen Anfällen verglichen, und ich glaube, mit Recht; dass Sensibilitäts-Störungen vorkommen, will ich zugeben, aber so wichtig ist dieser Punkt für die Diagnose eigentlich nicht. Herr Dr. Seibert hält diesen Zustand für eine Infectionskrankheit. Damit kann ich nicht übereinstimmen, und die meisten Herren, die darüber geschrieben haben, ebenfalls nicht. Verstopfung braucht noch nichts weiter hervorzurufen. Autointoxikationszustände kommen in der Regel

nicht von einer Verstopfung her. Herr Dr. Ripperger hat hervorgehoben, dass der Schmerz den Anfall beherrsche, und ich glaube, dass das im Grossen und Ganzen richtig ist. Der Schmerz spielt in den meisten Fällen eine sehr grosse Rolle. Ich weiss nicht mehr, welcher der Herren darauf aufmerksam gemacht hat, dass man sich vor der Anwendung von Opiaten hüten solle. Ich glaube aber, dass sich, wenn man Opium richtig während des Anfalles anwendet, nichts dagegen sagen lässt. Warum sollen wir den Patienten lange leiden lassen? Er wird gewiss den Anfall länger haben, wenn er nichts derartiges bekommt. Ich glaube, wir sind dazu verpflichtet, dem Patienten etwas zu geben. Dadurch wird er sich nicht gleich an das Opium gewöhnen. — Herr Dr. Bloch hat darauf hingewiesen, dass in einem Fall, nach einer Morphingabe der Koth, der vorher eine spastische Form hatte, danach geformt wurde. Das ist ganz richtig. Das ist gerade der günstige Einfluss des Morphiums. — Herr Dr. Dauber hat im Ganzen im selben Sinne gesprochen wie ich, und ist dafür, dass wir den Darmcatarrh von diesem Zustand trennen müssen. Ich komme noch auf einen Punkt, den Herr Dr. Jacobi hervorgerufen hat, das ist der, dass durch die spastische Contraktion zugleich eine Abscheidung von Schleim und eine Eindickung desselben zustande kommt. Darauf habe ich auch hingewiesen, indem ich sagte, dass das Oel vielleicht dadurch wirke, dass es über Nacht im Darm bleibt und den Darm nicht leer lässt und in sofern die Contraktion zurückhält. Ich bin auch der Ansicht, dass die Secretion dadurch zustande kommt, dass vielleicht zuerst eine spastische Contraktion da ist. Der Darm zieht sich zusammen, und dann findet wahrscheinlich eine Secretion des Schleimes statt, und der flüssige Theil wird schnell absorbirt, und so bleibt nur eine feste, dicke Masse zurück.

Der Präsident ernennt zu Mitgliedern des „O'Dwyer Memorial Committee" die Herren J. Schmitt, A. Meyer und L. Fischer, und als Auditoren die Herren J. M. Rottenberg und A. Ripperger.

Nomination der Beamten für 1899:

Es werden die folgenden Nominationen gemacht:

Präsident, Drs. H. Klotz, W. Freudenthal und W. F. Mittendorf (die beiden letzteren lehnen ab).

Vice-Präsident, Dr. H. J. Boldt.

Protokollirender Secretär, Dr. J. A. Beuermann, Dr. R. Denig.

Stellvertretender protokollirender Secretär, Dr. S. Breitenfeld, Dr. J. Fränkel.

Correspondirender Secretär, Dr. A. Rose.

Schatzmeister, Dr. L. Heitzmann.

Aufnahme-Committee, Drs. J. W. Gleitsmann, W. Freudenthal, M. Einhorn, F. Lange, F. Torek, Willy Meyer, J. M. Rottenberg, A. Meyer, C. Beck, L. Weber und A. Jacobi.

Die Resignation Dr. Becker-Laurich's wird verlesen und angenommen.

Schluss und Vertagung um 10:55 Uhr.

Dr. John A. Beuermann, prot. Secretär.

FEUILLETON.*

Meine Herren, gestatten Sie mir, Ihnen aufrichtigen Dank auszusprechen für die Ehre, die Sie mir erwiesen haben durch meine Erwählung zum Vorsitzenden dieser Gesellschaft. Wenn ich dieses Amt nicht gesucht habe und einiges Bedenken getragen habe, die Nomination anzunehmen, so ist dies nicht geschehen, weil ich die damit verbundene Ehre unterschätzt hätte. Allein ich weiss nur zu wohl, dass die Uebernahme einer solchen Stellung immer gewisse Opfer an Arbeit und namentlich an Zeit erfordert, und dass man die letztere grösstentheils der eignen Erholung und dem Verkehr mit seiner Familie abzwacken muss. Indess sollte jedes Mitglied eines Gemeinwesens zu Zeiten sich bereit finden, seine Bequemlichkeit und Neigungen bei Seite zu setzen, wenn das Vertrauen seiner Collegen ihn dazu auffordert. Und so verspreche ich Ihnen, das mir übertragene Amt nach bestem Wissen und Willen zu verwalten und mich zu bemühen, das Wohl der Gesellschaft nach Kräften zu fördern und das in mich gesetzte Vertrauen zu rechtfertigen. Dazu rechne ich auf die freundliche Unterstützung Aller. Ich bin zunächst nicht in der Lage, mit neuen Ideen oder Plänen, unsere Gesellschaft betreffend, vor Sie zu treten oder gar einen bestimmten Entwurf einer etwa zu verfolgenden Politik vorzulegen. Mag sein, dass nähere Kenntnissnahme der Verwaltung und des ganzen Geschäftsganges, dem ich bisher fern gestanden habe, später dazu Veranlassung geben wird. Im Allgemeinen möchte ich mich zu dem Grundsatze bekennen, dass die beste Regierung diejenige ist, die am wenigsten regiert.

Es ist Gebrauch, bei dieser Gelegenheit einige Bemerkungen anzuschliessen entweder über eine wissenschaftliche Frage mehr allgemeinerer Bedeutung, oder über ein die Interessen unseres Standes berührendes Kapitel. Dieser Sitte folgend möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf einige Minuten in Anspruch nehmen für einen Gegenstand, der seltener in der Oeffentlichkeit besprochen wird, aber wohl oft genug zu heimlichen Stossseufzern oder zu noch etwas schlimmeren Ausbrüchen unterdrückter Empfindung Veranlassung giebt, nämlich die ausserordentliche Ueberhandnahme der in deutscher Sprache erscheinenden Fachzeitschriften. Wenn ich nur die deutschen genannt habe, so will ich nicht damit sagen, dass sie allein dieses Schauspiel einer förmlichen Ueberwucherung böten; dasselbe gilt wohl mehr weniger auch von den Erzeugnissen der anderen europäischen Völker und ganz besonders von unserem einheimischen Gewächs. Allein die deutschen Zeitschriften treten mit grösseren Ansprüchen auf Beachtung und Anerkennung an uns heran, da es allgemein anerkannt ist, dass zur Zeit unsere Wissenschaft sich in Deutschland der höchsten Blüthe erfreut. Ferner hat wohl die grössere Zahl unserer Mitglieder ganz oder theilweise ihre Ausbildung auf deutschen Universitäten erhalten. Endlich glaube ich mir selbst gerade über die deutsche Journallitteratur am ehesten ein Urtheil erlauben zu können, indem mir eine nahezu 20jährige

* Antrittsrede des Präsidenten der Deutschen Med. Gesellschaft von New York, Dr. Hermann Klotz. Gehalten am 4. Jan. 1899.

Wirksamkeit als Vorstand eines Lesezirkels und einer nicht unbedeutenden Journalbibliothek etwas Einsicht in die Verhältnisse verschafft hat.

Dass die Ueberfülle von Zeitschriften in der That ein Uebel und eine Gefahr für den ärztlichen Stand darstellt, ist kein Geheimniss, sondern ist von vielen Seiten und namentlich in Deutschland selbst ausgesprochen worden; naiver Weise findet sich die Frage nicht selten in Prospecten und Vorreden neugegründeter Organe abgehandelt. Vortrefflich erscheint mir die Lage in dem Plan einer demnächst erscheinenden Zeitschrift geschildert, deren Einsicht ich der Freundlichkeit eines Collegen verdanke. Da heisst es: „Mit der stetig wachsenden Zahl der wissenschaftlich strebenden Aerzte ist naturgemäss die literarische Production von Jahr zu Jahr gewachsen. Sie hat einen so bedeutenden Umfang angenommen, dass nachgerade sowohl für die Autoren wie für die Leser schädigende Rückwirkungen unvermeidlich werden. Für die Leser äussern sich dieselben darin, dass die Freude über das rege geistige Leben schon längst gemischten Empfindungen Platz machen musste. Kann sich doch kaum der Forscher den Ueberblick über sein Gebiet, geschweige die Nachbargebiete erhalten. Das Studium der umfangreichen, oft recht ungleichwerthigen Litteratur raubt ihm die Zeit. Der in der Praxis stehende Arzt aber, für den doch die lebendigste Kenntniss aller geistigen Strömungen eine unerlässliche Bedingung darstellen dürfte, ist trotz ernstesten Strebens kaum in der Lage rechtzeitig die wichtigeren grösseren wissenschaftlichen Erzeugnisse zu überwältigen und ein schnelles, sicheres Urtheil über die wirklichen Fortschritte aus all' den verschiedenen Verhandlungen, Mittheilungen und der unübersehbaren Casuistik zu gewinnen."

Es würde zu weit geführt haben, die Entwicklung dieser Journallitteratur etwas eingehender zu verfolgen. Dass auch in den guten alten Zeiten keineswegs Mangel an medicinischen Journalen geherrscht, ergiebt schon ein flüchtiger Einblick in das Verzeichniss des Indexcataloges. Allein die grösste Zunahme fällt in die Zeit nach 1870, in der gleichzeitig mit der politischen Entwicklung der Nation auch die Wissenschaft so gewaltig emporgeblüht ist. Uebrigens ist speciell auf dem Gebiete unserer Wissenschaft auch Oesterreich deutsch geblieben.

Das enorme Wachsthum der medicinischen Zeitschriften ist nun nicht allein zu Stande gekommen durch die numerische Vermehrung derselben, sondern in hohem Grade auch durch die Ausdehnung der schon bestehenden. Aus Monatsschriften wurden 2-wöchentliche und wöchentliche Ausgaben, die Bogenzahl nahm zu, das Format wurde vergrössert. Von den zwanglos erscheinenden Organen erschienen statt 1 oft 2—3 Bände im Jahr, womöglich noch mit einem Supplementband. Der Vermehrung der Journale leistete ganz besonders Vorschub die Abspaltung der einzelnen Specialitäten, die jede sich ihre eignen Organe zu schaffen versuchte, und jetzt sind wir bereits bei Unterabtheilungen von Specialitäten, wie orthopädische Chirurgie, Unfallskrankheiten und bei den Grenzgebieten zwischen den verschiedenen Zweigen angelangt. Bemerkenswerth ist das frühzeitige Auftreten von Parallelorganen. Dass solche Concurrenz oft genug persönlichen Antipathien zwischen verschiedenen Grössen, oft auch localer Eifersucht und localem Stolz ihren Ursprung verdankt hat, würde sich unschwer nachweisen lassen. Auf das Heer der

Centralblätter komme ich später zurück. Wie weit das industrielle Interesse der Buchhändler eine Rolle spielt, vermag ich nicht zu sagen; dass sie aber dafür sorgen, nicht zu kurz zu kommen, das beweisen deutlich genug die von Zeit zu Zeit erfolgenden Preisaufschläge. Besonders verdächtig ist, wenn ein neues Journal zu einem sehr billigen Preis erscheint, denn da kann man mit Sicherheit nach längstens 2 Jahren auf eine Erhöhung auf das Doppelte und Dreifache rechnen.

Ueber den geistigen Inhalt der Zeitschriften selbst will ich nicht viel sagen; ich gebe gern zu, dass derselbe im Grossen und Ganzen vorzüglich ist, entsprechend dem Stande der Wissenschaft selbst. Doch lässt sich nicht in Abrede stellen, dass da auch nicht alles Gold ist, was glänzt, dass es auch nicht immer allzugenaue mit der Wahrheit genommen wird, dass auch dort vieles nur zur Verherrlichung und Bekanntmachung der Autoren veröffentlicht wird. Wenn man genau zusieht, so ist das Factum leicht festzustellen, dass ein verhältnissmässig geringer Theil der Literatur von praktischen Aerzten erzeugt wird, sondern dass bei weitem das Meiste von den Universitäten mit ihren Umgebungen geliefert wird, und dass wiederum unter diesen nicht die älteren, erfahrenen Collegen am fruchtbarsten sind, sondern jüngere, die, wenn sie nicht direct die Ansichten und Lehren ihrer Lehrer wiedergeben, sich noch nicht des reiferen Urtheils der Erfahrung erfreuen können. Das schlimmste aber ist die enorme Weitschweifigkeit vieler Autoren, und dem entsprechend der Umfang der einzelnen Artikel, über die namentlich Virchow immer und immer wieder sich ausgesprochen hat. Mir scheint, dass ein Journalartikel, auch in einem Archiv, ein gewisses Maass nicht überschreiten sollte, und dass wenn eine Arbeit viel mehr wie 30—40 Octavseiten einnimmt, sie aufhört ein Journalartikel zu sein, sondern zur Brochure oder zum Buche wird. Wenn solche umfangreiche Werke alle einzeln im Buchhandel erscheinen müssten, so würde sich die Zahl bald verringern, denn es würde sich für die meisten kaum vortheilhaft erweisen. So aber geschieht es, dass der unglückliche Abonnent der Zeitschriften sich nach und nach nolens volens Bücher aufhalsen lassen muss, die zu kaufen er nimmermehr daran denken würde. Ja es ist vorgekommen, dass fertige Bücher erst seriatim in Zeitschriften veröffentlicht wurden, um dann sofort auch als Bücher im Buchhandel zu erscheinen. Wem es daran gelegen, dass seine Arbeiten von Vielen gelesen werden, der wird immer gut thun, sich so kurz wie möglich zu fassen. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass der beschäftigte Arzt lieber sich an einen kurzen Artikel macht, den er hoffen kann zu Ende zu lesen, als an eine unübersehbare Menge von Seiten. Aehnliches gilt von dem Umfang der einzelnen Hefte. Ich bin sicher, es ist Anderen auch schon so gegangen wie mir, dass einem beim Anblick eines dickleibigen Heftes der Muth sinkt und einem die Lust vergeht sich überhaupt nur an das Aufschneiden derselben zu machen. Nach meiner Ansicht geht man auch viel zu weit in dem Abdrucken unzähliger Protokolle von Experimenten und einzelnen Beobachtungen, namentlich bei Berichten über die zahlreichen neuen Medicamente. Trotz dieses Ueberreichthums an Zeitschriften ist nun die deutsche Fachlitteratur in einer Hinsicht doch recht arm, nämlich im Betreff der Kritik, und wenn es wirklich noch ein „einem längst gefühlten Bedürfniss entsprechendes“

gäbe, so wäre es ein unparteiischer Kritik gewidmetes Organ. Beinahe jede Zeitschrift hat einen referirenden Theil, aber derselbe beschränkt sich eben im günstigen Falle auf Wiedergabe des Inhaltes ohne selbstständiges Urtheil. Wo man einer Beurtheilung begegnet, so besteht dieselbe oft genug nur aus Lobhudeleien, oder wo das Gegentheil der Fall ist, möchte man drei zu eins wetten, dass irgend eine persönliche Animosität oder Feindschaft zu Grunde liegt. Soviel ich weiss, giebt es überhaupt kein der Kritik gewidmetes Journal mehr, das letzte derselben, die vorzügliche „British and Foreign Medical Review", ist schon seit einer Reihe von Jahren eingegangen. Und doch würde ein solches Organ viel vermögen, gegen das immer mehr drohende Uebel der Ueberproduction einige Abhilfe zu schaffen.

Wie die Verhältnisse liegen, so ist wohl für die nächste Zeit an eine Beseitigung des Uebelstandes nicht zu denken; wir stehen daher vielmehr vor der Frage: Wie können wir uns mit der gegenwärtigen Lage am besten abfinden? Nun da wird gleich die Antwort kommen: wir haben ja die Centralblätter, die gerade bestimmt sind den angegebenen Zweck zu erfüllen. Bestimmt sind sie dafür, aber nach meiner Erfahrung sind sie in vieler Beziehung ungenügend und haben dem wissenschaftlichen Arbeiten mehr Schaden als Nutzen gebracht. Während die Centralblätter als Wegweiser in der Litteratur dienen sollten, werden sie in der That nur zu oft als Quelle benutzt, d. h. der Leser begnügt sich mit den Angaben derselben ohne es für nöthig zu halten, das Original einzusehen, und man findet eine grosse Menge Citate aus der zweiten Hand der Centralblätter, ohne Berücksichtigung der ursprünglichen Arbeiten. Nun, wenn der Auszug im Centralblatt genügend ist, Alles zu bieten, dann ist einfach das Original überflüssig und es wäre viel besser für den Autor gleich selbst nur das Referat zu schreiben. In der That aber sind die Referate zum Theil recht ungenügend, wie jeder leicht ausfinden kann, wenn er einmal ein Dutzend derselben ohne Auswahl mit den Originalen vergleicht; die meisten sind von mehr weniger unbekannten Namen unterzeichnet, gewöhnlich denen jüngerer Assistenten, die in vielen Fällen ein eigenes Urtheil nicht haben können. Die besten Referate, soweit ich es übersehen kann, sind noch immer die der Schmidt'schen Jahrbücher, die wohl die wichtigsten und besten Sachen genügend berücksichtigen und eben nur diese heraussondern. Einem mangelhaften Referat ist in vieler Beziehung ein einfacher Litteraturbericht vorzuziehen, wie ihn der Index Medicus bietet, der mit viel weniger Zeitverlust uns darüber Auskunft giebt, was in einer bestimmten Zeit über einen Gegenstand geschrieben worden ist. Wer nur auf einem beschränkten Feld, nur einer bestimmten Specialität, die Litteratur verfolgt, eignet sich nach einiger Zeit eine gewisse Menschen- oder Autorenkenntniss an, so dass er bewusst oder instinctiv seine Zeit nicht an die Arbeiten solcher vergeudet, die ihn vorher schon enttäuscht haben, bei einem anderen Namen aber von vorn herein die Versicherung fühlt, dass die Lectüre der Arbeit einen gewissen Genuss bereiten wird. Für die Litteratur im Allgemeinen ist es natürlich kaum möglich, einen derartigen Ueberblick zu gewinnen.

Das beste Mittel für den Einzelnen würde wohl sein, sich einen Privatsecretär zu halten, der die Zeitschriften durchsieht und das anstreicht,

was der Mühe werth scheint gelesen zu werden. Aber das wird natürlich nur Wenigen möglich sein. Für den Einzelnen dürfte es rathsam sein, gar nicht zu versuchen Alles zu lesen, sondern nur das, was von entschiedener Wichtigkeit zu sein verspricht und was diejenigen Gegenstände oder Fragen betrifft, die einen augenblicklich oder dauernd besonders interessiren, und die anderen Sachen aber erst hervorzusuchen, wenn ein einschlägiger Fall oder eine andere Arbeit über denselben Gegenstand grösseres Interesse hervorruft. Für ärztliche Gesellschaften, wie speciell für die unserige, dürfte auch die Verpflichtung obliegen, gegenüber dem Uebel des Ueberflusses an periodischer Litteratur etwas Erleichterung zu schaffen. Ich glaube, dass die gemeinsamen Besprechungen besonders wichtiger medicinischer Tagesfragen, wie wir sie von Zeit zu Zeit gehabt haben, in dieser Hinsicht treffliches geleistet haben. Sie geben ein klares Bild von dem augenblicklichen Stand derselben und ersparten der Mehrzahl die Lectüre manches Buches. Ich persönlich habe diese Besprechungen mit ihren Debatten immer mit für das Dankbarste und Fruchtbarste gehalten was unsere Gesellschaft bietet, und ich hoffe, dass dieselben auch in der Zukunft wieder stattfinden werden. Ohne dem Verwaltungsrathe vorgreifen zu wollen, dem wohl die Entscheidung darüber zusteht, möchte ich die einzelnen Mitglieder ersuchen, etwaige Wünsche und Vorschläge betreffend Themata für gemeinschaftliche Debatten recht bald schriftlich an mich gelangen zu lassen, damit sie dem Verwaltungsrathe vorgelegt werden können. Ich denke aber, dass auch noch auf andere Weise unsere Versammlungen nach dieser Richtung hin nutzbar gemacht werden könnten, nämlich durch die Herstellung seitens einzelner Mitglieder von sorgfältigen, möglichst kritischen Sammelreferaten über einzelne Gegenstände oder Kapitel in der Weise, dass ein zusammenfassender Bericht geliefert würde über die wichtigen während eines gewissen, jüngst verflossenen Zeitraumes über denselben erschienenen Arbeiten und die durch dieselben gewonnenen Resultate. Oder es könnten ähnliche Berichte eine Uebersicht geben über alle neuen eine bestimmte Specialität oder einen Zweig derselben behandelnden Arbeiten. Ich glaube besonders mancher der jüngeren Herren Collegen, deren Praxis noch keine grössere wissenschaftliche Ausbeute liefert, würde mit grossem Gewinn für sich selbst eine dankbare und für die einzelnen Mitglieder der Gesellschaft recht werthvolle Arbeit zu leisten im Stande sein, wenn sie in dieser Weise ihre oft zerstückelte Studien und wissenschaftliche Thätigkeit auf ein bestimmtes Thema concentriren würden. Es dürfte jedenfalls eines Versuchs damit werth erscheinen, um so mehr, als es keineswegs immer so leicht ist, Gegenstände für Vorträge auszuwählen oder zu finden, die für eine allgemeine medicinische Gesellschaft wie die unserige von hinreichend weitem Interesse sind.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Ueber üblen Athem und die Behandlung des Bronchialcatarrhs und der Lungenschwindsucht durch intratracheale Injectionen von Creosotal sprach Prof. L. Bayer-Brüssel in einem Vortrag an der Versammlung Deutscher Aerzte und Naturforscher in Düsseldorf. Die häufigste Ursache üblen Athems bilden die Krankheiten der Nasen- und Mundhöhle, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Lunge; ferner chronischer Magencatarrh, Darmcatarrh und Diabetes. Weitaus am häufigsten wird der üble Athem angetroffen bei Bronchial- und Lungenkranken. B. theilt ein Verfahren mit, mit welchem er bei der Behandlung von Bronchial- und Lungenaffectionen mit und auch ohne üblen Athem ausserordentlich gute Resultate erzielt hat: nämlich die „intratrachealen Injectionen von Creosotal." B. spritzte davon ½—1½ cm^3 mit einer gewöhnlichen Kehlkopfspritze, welche er direct durch den Kehlkopf hindurch in den Trachea einführt, leicht erwärmt ein. Die Einspritzung bringt gar keine Reizerscheinungen hervor und wird sogar von sehr empfindlichen Kranken leicht ertragen. B. lässt die Kranken darauf tief Athem holen, um das eindringen des Creosotcarbonats in die Bronchien möglichst zu befördern. Er hat Fälle zu verzeichnen, bei welchen gleich nach den ersten Einspritzungen ein ganz unglaubliches Resultat erzielt worden war. Auch bei weiter vorgeschrittener Tuberculose verschaffen die Injectionen Erleichterung und vermindern den Auswurf, wenn sie auch bei vorgeschrittener Krankheit wohl nicht mehr viel zu leisten im Stande sind; aber B. kann sie angelegentlichst als Retter in der Noth empfehlen. Das unterliegt aber keinem Zweifel, dass sie ein werthvolles Mittel zur Bekämpfung des „üblen Athems", der seinen Ursprung in den Bronchien und Lungen hat, bilden. — (Allg. Wiener med. Wochenschr.)

— An derselben Versammlung äusserte sich Prof. Leichtenstern-Köln über das Vorkommen von Cystitis und Harnblasentumoren bei Anilinarbeitern. Das Vorkommen von Strangurie und Haematurie bei Anilinarbeitern ist schon seit längerer Zeit bekannt und auch vom Vortragenden wiederholt beobachtet worden. Rehn hat 1895 auf dem Chirurgencongress zum ersten Male über Blasengeschwülste bei Anilinarbeitern berichtet. Vortragender verfügt jetzt über 2 gleiche Beobachtungen. All' diese Blasenerkrankungen treten nicht bei der eigentlichen Anilinfabrikation auf, auch nicht bei dem Nitrirungsprocess der Ausgangsstoffe (Benzol, Methylbenzol u. s. w.), sondern bei der Reduction der Amidokörper (Toluidin und Naphthylamin), bei letzterer Fabrikation treten die schwersten Erkrankungen und speciell die Blasentumoren auf. Keine derartige Erkrankung kommt im Fuchsinarbeitsraum vor. — (Münch. med. Wochenschr.)

— Typhusbacillen in der Gallenblase sieben Jahre nach überstandenem Typhus fand Miller. (Jules Hopkins Hospital Bulletin, Baltimore, May 1898.) Eine 34jährige Frau wurde wegen Klagen im rechten Hypochondrium auf die Frauen-Abtheilung aufgenommen. Die Anamnese ergab überstandenen Typhus vor sieben Jahren und seit dieser Zeit wiederholte Anfälle von Gallensteinkolik. Es wurde Cholicystotomie vorgenommen, wobei zwei grosse Steine entfernt wurden. Die Wand

der Gallenblase war stark verdickt, auch in der Gallenblase fanden sich alle Zeichen chronischer Entzündung. Die bacteriologische Untersuchung ergab zur Ueberraschung des Untersuchers Typhusbacillen. Die Diagnose wurde durch das typische Verhalten in Milch- und Zuckeragar gestellt und durch den positiven Ausfall der W i d a l'schen Reaction erhärtet.

— Die Bedeutung eines acuten Ergusses in die Peritonalhöhle als Frühsymptom bei innerer Darmoclusion betont Prof. C a r l B a y e r-Prag (Aerztl. Praxis No. 24): Ein acut erfolgter Erguss in's Cavum peritonei bei heftigem Unterleibsschmerz und Erbrechen spricht schon vor allen übrigen, das Bild vollendenden Symptomen für innere Incarceration; er muss nicht da sein; ist er aber vorhanden, so spricht er bei schwankender Diagnose zwischen Peritonitis und innerer Einklemmung für die letztere; denn er stellt das Bruchwasser der äusseren Hernie dar.

— Neuralgien und Kopfschmerzen behandelt Dr. H a m m-Braunschweig mit dem Aetherspray. Der Autor, welcher seit Jahren diese Methode übt, ist von den günstigsten Resultaten derselben so überzeugt, dass er diese Behandlung aufs Beste befürworten zu können glaubt. Der Aether wurde so lange aufgestäubt, bis sich eine dünne Eisschichte auf der Haut gebildet hatte. Der Erfolg soll sofort eintreten. — (Therapeutische Monatshefte. 1898, No. 10.)

— Dr. L. S a r a s o n in Hannover hat einen Apparat zur mechanischen Behandlung des Kopfschmerzes angegeben (D. med. W. No. 35). Derselbe besteht aus zwei den Schläfen entsprechend geformten Pelotten, welche durch eine verstellbare Feder kräftig gegen die Schläfen angedrückt werden. Der feste Druck der Pelotten wird von den Patienten wohlthuend empfunden, während die damit verbundene Compression der beiden Arteriae temporales eine heilsame Regulirung der Blutcirculation im Kopfe bewirken soll, namentlich bei angioparalytischer Migräne.

— B i r c h-H i r s c h f e l d hält ein E i n d r i n g e n des Bacterium coli commune während des Lebens bei i n t a c t e m D a r m e für unwahrscheinlich. Jedoch konnte er nachweisen, dass schon geringe Darmveränderungen, besonders Epithellaesionen, ein Eindringen der Microorganismen in die Darmwand möglich machen. In der Agone geschieht die Durchwanderung auch ohne nachweisbare Darmläsionen. Post mortem finden sich nach ca. 10 Stunden in den benachbarten Organen meist die Bacterien. Darmveränderungen scheinen die postmortale Aussaat der Bacterien nicht zu begünstigen. Das Bacterium kann Blut-, Lymph- und Gallenwege benützen, aber auch direct durch den Darm durchdringen. Solche Befunde beeinträchtigen natürlich die Beweiskraft der post mortem zum Zwecke der Erforschung von Krankheitsursachen aus Leichentheilen entnommenen Culturproben. Auch die Bestimmung der Virulenz ist nicht zu verwerthen, da auch die nachträglich vom Darme eingedrungenen Bacterien eine hohe Virulenz besitzen können. — (Münch. med. Wochenschr.)

— B r e n t a n o will die chirurgische Behandlung der Pericarditis (Deutsch. med. Wochenschr.) nur denjenigen Fällen angedeihen lassen,

in denen die Herzbeutelentzündung eine exsudative ist, auch hier nur, wo das Leben bedroht oder eitrige Beschaffenheit anzunehmen ist. Oft erschweren diagnostische Schwierigkeiten den Eingriff, so die Differentialdiagnose zwischen Perikarditis mit Exsudat und einfacher Herzhypertrophie. Als Methoden für die Entleerung des Herzbeutels betrachtet B. 1) Die Punktion. 2) Die Incision durch einen Interkostalraum. 3) Die Incision nach vorausgeschickter Rippensection. Brentano verwirft die Punktion völlig; ebenso die Incision ohne vorausgeschickte Rippenresection, weil die Vasa mammaria interna und die Pleura gefährdet sind, und die Uebersicht über die tieferen Theile sehr schwer ist. Auch Verwachsungen können nicht hinreichend übersehen werden. Dagegen ist die Eröffnung des Perikards durch Rippenresection eine so einfache Operation, dass man dieselbe meist ohne allgemeine Narcose versuchen und unter Lokalanästhesie zu Ende führen kann.

— Giorgio Chimici experimentirte über den Einfluss der Milz auf die Zerstörung von Bacteriengiften. Bei Meerschweinchen wurde die Milz exstirpiert und dann verschiedene Bacteriengifte (Diphtherie-, Tuberkel-, Tetanusbacillen) auf ihre Wirkung geprüft. Es zeigte sich hierbei keine Abweichung in der Art und dem Verlaufe der Erscheinungen gegenüber den Controlthi ren. Ebenso wenig konnte ein Einfluss der zerriebenen Milzpulpa auf Bacterienculturen constatirt werden. Die Annahme, dass die Milz als Schutzorgan gegen Bacteriengifte anzusehen ist, wäre damit hinfällig. — (Wiener med. Wochenschr.)

— Aus den zahlreichen, speciell auf England bezüglichen Angaben über die Mortalität der Masern hebt Kennwood hervor, dass in einem mit dem Jahre 1895 abschliessenden Zeitraume von 15 Jahren die Masern in England und Wales bei Kindern unter 5 Jahren mehr Todesfälle verursacht haben, als Pocken, Scharlach, Diphtherie und Typhus zusammengenommen. Die grösste Sterblichkeit bei Masern kommt bei der ärmeren Klasse vor und ist hauptsächlich auf Complikationen seitens der Lunge, namentlich Bronchopneumonie zurückzuführen. — (Monatsh. f. pr. Dermat.)

— Gerner verwandte bei Geisteskrankheiten das Thyreoidinum (Poehli) in allmählich steigenden Dosen von 0,12 pro die 2—3 mal bis 0,6 pro die 3—4 mal an. Das Mittel wurde in einigen Fällen bis zu drei Monate lang gereicht. Es wurden behandelt: drei Fälle von Melancholie (1 gebessert), drei von Amentia ohne Erfolg, ebenfalls erfolglos je ein Fall von Psychosis circularis und dementia e laesione cerebri organica; ein Fall von Paranoia hallucinatoria acuta zeigte vielleicht einige Besserung; ein Fall von Epilepsie mit choreatischen Zuckungen in den Extremitäten wurde verschlechtert. Somit trat von den zehn Krankheitsfällen nur in zwei einige Besserung ein, und auch hier bleibt es zweifelhaft, ob sie dem Thyreoidin zugeschrieben werden muss. Das Resumé lautet daher: 1. Das Thyreoidin bringt bei der Behandlung von Psychosen keinen sichtbaren Nutzen. 2. Dieses Präparat ist durchaus nicht indifferent in Anbetracht seines starken Einflusses auf den Puls (Frequenzzunahme bis um 25 Schläge), das Körpergewicht (Abnahme bis zu drei Kilo) und den Stoffwechsel der Patienten. — (Med. Neuigk.)

— Nach Mendel-Berlin hat sich das klinische Bild der progressiven Paralyse in den letzten Dezennien in mehreren Punkten modificirt. 1. Während im Bilde der p. P. früher die Grössenwahnideen vorherrschten, ist in dem verflossenen Vierteljahrhundert in allen Culturländern die Zunahme der dementen Form der P. aufgefallen, welche jetzt zumeist zur Beobachtung kommt. Eine bessere Diagnose dieser Form gegenüber ist ausgeschlossen, da sie auch damals schon genügend bekannt war. Die P. hat durch diese Veränderung ein milderes Aussehen gewonnen. 2. Die Remissionen werden häufiger und dauern oft über Jahre hinaus an, so dass die Kranken längere Zeit hindurch wieder arbeitsfähig werden und gesund erscheinen, bis dann eine weitere Entwickelung des Leidens eintritt. Ferner hat die P. immer weitere Ausdehnung gewonnen und namentlich auch unter den Frauen viele Opfer gefordert, die früher davon so gut wie gänzlich frei waren; bemerkenswerth ist das häufige Vorkommen von Paralyse bei Ehegatten, mit Tabes alternirend. Schliesslich ist das Auftreten der P. in jüngeren Jahren erwähnt. Diese Veränderung im Krankheitsbilde der P. sind vielleicht auf Modification des syphilitischen Giftes zurückzuführen.

— G. Gottstein veröffentlicht seine Erfahrungen über lokale Anästhesie in der Breslauer chirurgischen Klinik im Archiv für klin. Chirurgie, Bd. LVII., Heft 2. Für Operationen an Schleimhäuten ist die Infiltrationsmethode nur mit grosser Vorsicht zu gebrauchen; nach der Operation eines Zungencarcinoms stellte sich Glossitis und eine ausgedehnte Phlegmone ein. (Eine ähnliche traurige Erfahrung machte Calmann-Hamburg bei der Ausführung einer ausgedehnten Scheiden-Dammplastik.) Die grösste Aufmerksamkeit verdient die Beobachtung des Verf., dass die Zahl der Lungenerkrankungen bei lokaler Anästhesie eine auffallend hohe ist. Er erklärt diese Erscheinung damit, dass viel schwerere Fälle zur Operation kommen, die man einer Narkose nicht ausgesetzt hätte. Den Erkrankten ist allen gemeinsam, dass sie in höherem Alter stehen und Wunden an der Bauchwand haben, die beim Husten gezerrt werden. Die Folge davon ist die Unterdrückung der Expectoration und Retention des Sekrets in den Bronchien und Bronchiolen. Dass dies zur Erzeugung einer Pneumonie genüge, hält G. für nicht unwahrscheinlich. Er lässt aber noch die Eventualität offen, dass von den Thromben unterbundener Gefässe Embolien ausgehen und die Lungenentzündung hervorrufen. — (Centralblatt für Gyn., No. 48.)

— Ueber eine merkwürdige Verletzung des Unterleibes sprach Naunyn im Unter-Elsässer-Aerzte-Verein in Strassburg. Ein 31-jähriger, sehr fetter Mann wurde in gebückter Stellung beim Strumpfausziehen von Husten befallen, wobei sein linksseitiger, sonst immer reponibler Leistenbruch zum Vorschein kam. Als der Patient sich nunmehr rasch aufrichtete, verspürte er einen heftigen Schmerz im Abdomen, auf welchen Collaps folgte. Bei der 5 Stunden später erfolgten Operation fand man das Ileum in einer Länge von 55 cm vom Mesenterium völlig getrennt und ausserdem im Mesenterium selbst einen 14 cm langen Riss gegen dessen Ansatzstelle hin. Arteria und Vena mesenterica inferior waren 7 cm von ihrer Abgangsstelle durchtrennt. Starke Blutung in die Bauchhöhle; Tod 4 Stunden post operationem. — (Deutsche medicinische Wochenschrift. 1898, No. 43.)

— Einen Fall von Zerreissung der Gallenblase beobachtete Thomas. Ein 14jähriger Junge fiel aus beträchtlicher Höhe platt auf den Bauch, sofortiger Collaps und grosse Schmerzhaftigkeit, der Zeichen von Peritonitis folgten, wesshalb am folgenden Tage laparotomirt wurde. Die Bauchhöhle enthielt eine Menge von Galle, die Därme waren bis auf Kleinfingerdicke contrahirt, erweiterten sich daher nach Abspülen mit Kochsalzlösung. Die Gallenblase war fast ganz abgerissen und stark zerfetzt, so dass an eine Naht nicht zu denken war — es wurde desshalb der Stumpf in die Wunde gebracht, hier vernäht und drainirt, worauf glatte Heilung erfolgte. — (Münch. med. Wochenschr.)

— Cheyne führte mit glänzendem Erfolg den Ersatz der Nasenbeine durch Kaninchenknochen durch. Ein Knabe hatte vor acht Jahren durch einen Unfall einen grossen Theil seiner Nasenbeine eingebüsst und war durch die dadurch entstandene Einsenkung des Nasenrückens verunstaltet. Er präparirte einen Hautlappen von der rechten Seite der Nase aus, der das Periost bloslegte. Hierauf theilte er den frisch enucleirten Femur eines Kaninchens in fünf oder sechs Stücke, legte diese einfach an das blosgelegte Periost und vernähte den Hautlappen darüber. Die Wunde heilte zusammen. — (British Med. Jorun.)

— Winkelmann wandte in circa 1 Dutzend Fällen eine neue Methode der Radicaloperation der Hydrocele an: Spaltung bis auf den Hydrocelensack unter Schleich'scher Anästhesie. 3—4 cm lange Incision von oben nach unten, mehr am oberen Pol gelegen. Nach Abfluss der Flüssigkeit Vorziehen des Hodens, so dass die ganze Tunica vaginalis propria nach aussen gekrempelt wird. Der Schlitz kommt in die Nähe der Samenstranginsertion des Hodens zu liegen und kann hier durch Nähte soweit verkleinert werden, dass eine Rückwärtskrempelung oder Wiederdurchtritt des Hodens nicht mehr möglich ist. Der umgekrempelte Sack mit dem Hoden wird reponirt, so dass die ganze Serosa der Tunica vaginalis propria gegen die weitmaschige Tunica vaginalis communis sieht und mit dieser bald verwachsen kann. Genaue Hautnaht. Heilung nach vier Tagen. — (Centralblatt für Chirurgie. 1898, No. 44.)

— In der Pathological Society of London demonstrirte H. B. Robinson eine „Buttercyste" der Brust, von einer 25jährigen Frau operativ entfernt. Dieselbe hatte 1¼ Jahr zuvor nach ihrer ersten Entbindung einen Abscess der rechten Mamma gehabt. Nach zweimaliger Punction und Entleerung eitriger Massen schien dieselbe geheilt zu sein. Bald nachher entwickelte sich aber dort eine schmerzlose, bewegliche, klein apfelsinengrosse Schwellung. Man fand eine glattwandige Cyste, angefüllt mit einer gelbbraunen, halbfesten Masse von butterartiger Consistenz(welche durch die Einwirkung der Luft alsbald hart wurde. Solche Umwandlungen von Galaktocelen sind schon von anderer Seite bereits beschrieben, sind aber immerhin ziemlich selten. — (Münch. med. Wochenschr.)

— Mangin erprobte mehrere Male die Ligatur der Uterinarterien bei Gebärmutterblutungen. Es ist dies eine einfache, gefahrlose Operation, welche, ohne Narkose, mit Cocain von der Scheide aus gemacht

werden kann. Sie ist angezeigt bei hartnäckigen, anderen Mitteln trotzenden Blutungen, wenn zu deren Deutung die Schleimhautveränderungen zu geringgradig sind, sie bringt meist die Blutungen der Fibrome zum Verschwinden und diese selbst zur Atrophie, beim Cervixcarcinom scheint sie Recidive zu verzögern. Die einzige, strikte Gegenindikation der Operation ist Affection der Adnexe. — (Franz. Congress f. Gyn. October 1898.)

— Die von Crédé als Bestandtheil seines Handgriffs geforderte Dislocirung des Uterus durch Herabdrücken nach der Kreuzbeinaushöhlung hin, ist schon von Schultze als ein Nachtheil des Verfahrens bezeichnet worden. Derselbe wird auch durch die von Roger v. Budberg in der Deutsch. med. Woch. beschriebene, bei ca. 1000 Geburten mit Erfolg angewandte Methode vermieden, indem das Hauptgewicht auf eine möglichst vollständige Umfassung der Gebärmutter, allmähliche Zunahme des Druckes mit Einsetzen der Wehe und, als mindestens ebenso wichtig, allmähliches Nachlassen desselben gelegt wird.

— F. Eberhart (Köln) empfiehlt zur Behandlung des Puerperalfiebers, speciell der septischen Form, die Infusion von 0.9procentiger Kochsalzlösung. Besonders wird dieses Verfahren von Nutzen sein bei der mit starkem Erbrechen einhergehenden Form, wo jeder Schluck Flüssigkeit wieder ausgebrochen wird und so eine Wasserverarmung des Körpers eintritt. Da bewiesen ist, dass diese Infusionen (gradual 1 l) meist diuretisch wirken, werden einestheils die Bacterien und die Stoffwechselproducte ausgeschieden. Auch kommen die im Blute kreisenden schädlichen Stoffe nicht in zu starker Concentration in die Niere. Die günstigen Erfahrungen, die zuerst von Sahli erwähnt wurden, werden auch von anderer Seite bestätigt. Vortragender möchte deshalb dieses Verfahren gerade für die praktischen Aerzte empfehlen, da es sehr einfach sei und ohne jede Assistenz ausgeführt werden könne. Bei uns in Deutschland seien diesbezügliche Versuche bei Puerperalfieber noch nicht gemacht worden, dagegen seien in Frankreich günstige Resultate erzielt. Es sei auch auf die Arbeit von Clark (Baltimore) aufmerksam gemacht. Durch diese Infusionen kann nie geschadet, sondern nur genützt werden. — (W. kl. Wochenschr. No. 46.)

— Eine Gerichtsverhandlung, bei welcher die Zeugin erklärte, dass ihr Behufs Abtreibung von der angeklagten Hebamme nach der Digitaluntersuchung ein langes, dünnes, stählernes Instrument in die Geschlechtstheile eingeführt sei, während letztere behauptete, sie habe bei der Abortirenden nur die Entleerung der Harnblase mittels Katheters bewirkt und die Scheide tamponirt, führte zu dem Gutachten der Sachverständigen, dass es für die Zeugin nicht leicht möglich gewesen wäre, durch das Gefühl allein zu entscheiden, ob das Instrument in die Geschlechtstheile oder Harnwege eingeführt worden sei. Diese Ansicht der Sachverständigen wurde durch Untersuchungen von Colman (Archiv f. gynäk. ref. im Centralbl. f. Gyn.) die er an 12 Nichtgravidae und 6 Gravidae im Allerheiligen-Hospital zu Breslau (Dr. Asch) ausführte, vollauf bestätigt. Die Frauen vermögen nicht mit Sicherheit eine Berührung der Harnröhre von einer der Scheide zu trennen. Von 9 daraufhin geprüften Frauen machten 7 ganz falsche oder unsichere Anga-

ben. Ueber die Form, Länge und Dicke des in die Harnröhre eingeführten Instruments waren sich die meisten Frauen ebenfalls unklar. Das Ablassen des Urins erkannten sie nur bei stark gefüllter Blase oder durch das Geräusch der Flüssigkeit. Dasselbe Resultat ergaben Versuche über das Lokalisationsvermögen und den Tastsinn der Scheide. Selten erkannten die Untersuchten, Multiparae wie Nulliparae in gleicher Weise, den eingeführten Finger, wenn eine Berührung der Vulva und des Damms vermieden wurde. Die Sensibilität im Uterusinnern ist viel grösser als in der Scheide, doch vermögen die Frauen nicht anzugeben, ob sich ein Fremdkörper nur in der Vagina oder auch im Uterus befunden habe. Bei Schwangeren ergaben sich ähnliche Verhältnisse. Einführung der Sonde in den Cervicalkanal wurde bei ihnen gar nicht wahrgenommen. Auch der Temperatursinn ist in vagina wenig entwickelt. Warm (40°) wurde nie, kalt öfter richtig erkannt. Desinficientien, wie Karbol, Sublimat, weniger Lysol, setzten besonders in kaltem Zustand die Sensibilität der Scheide herab. Wenn das Thema auch nicht erschöpfend behandelt ist, hat Verf. doch für den Gerichtsarzt sehr wichtige Resultate erzielt, worauf es ihm bei seinen Experimenten auch hauptsächlich ankam. — (Monatsh. f. pract. Dermat.)

— Nach Sehrwald's Anschauung werden Neugeborene viel zu früh abgenabelt und verlieren dadurch eine sehr beträchtliche Menge ihnen zukommenden Blutes. S. steht nicht an, viele Todtgeburten und Todesfälle in den ersten Tagen und Monaten, viele Fälle von Blutarmuth und die meisten sogenannten angeborenen Herzfehler dieser aus Bequemlichkeitsrücksichten entspringenden Gewohnheit zur Last zu legen. Jeder Arzt und jede Hebamme sollten sich daher für die Nachgeburtsperiode recht viel Zeit nehmen und niemals ein Kind, besonders auch nie ein scheintodt geborenes Kind abnabeln, bevor nicht die Nabelschnur mehrere Minuten lang zu pulsiren aufgehört hat, was ungefähr ½ Stunde post partum einzutreten pflegt. — (Deutsch. med. Wochenschr. Aerztl. Praxis.)

— Gegen Acne rosacea verschreibt Jadassohn: Man lässt am Abend das Gesicht mit sehr warmem Wasser und bei stärkerer Fettabsonderung mit indifferenter Seife oder Boraxlösung abwaschen. Dann sorgfältige Abtrocknung und Massiren mit folgender Salbe: Ichthyol. 1,0—5,0, Resorcin. 1,0—3,0, Adip. lan. 25,0, Ol. oliv 10,0, Aq. ad 50,0. Am Morgen wird dann ebenfalls mit warmem Wasser und eventuell mit Spiritus gewaschen. — Gegen Perniones wird die gleiche Salbe von Nitzelnadel empfohlen. Am Abend werden die erfrorenen Hände und Füsse gründlich und längere Zeit mit derselben massirt und schliesslich noch mit einer Schicht derselben bedeckt. — (Centralblatt für ges. Therap. N. E. IX.)

— P. Manasse und A. Wintermantel (Strassburg) empfehlen zur Behandlung der chronischen Otorrhœ die Einträufelung von 10 bis 15 Tropfen einer 1procentigen Lösung von Sublimat in absolutem Alcohol. Die Einträufelung wird drei Mal täglich nach vorausgeschickter Reinigung des Ohres vorgenommen. Um die eingeträufelte Flüssigkeit vor dem Ausfliessen zu schützen, wird ein Wattetampon in den äusseren Gehörgang eingeführt. Auf diese Weise gelang es, Otorrhœn

zu heilen, die schon mehrere Jahre anhielten und zwar selbst in solchen Fällen, in welchen Knochenerkrankungen vorlagen. Der einzige Nachtheil dieser Behandlung ist, dass die Einträufelungen häufig schmerzhaft sind, doch treten die Schmerzen vorwiegend im Beginne der Behandlung auf. — (Klin. therap. Wochenschr. 1898, No. 40.)

— Keller-Breslau erzielte bei magendarmkranken Säuglingen ausserordentlich günstige Resultate durch Verwendung einer Malzsuppe nach folgendem Recepte: 50 gr Weizenmehl werden in ⅓ Liter Kuhmilch eingequirlt, die Mischung durch ein Sieb durchgeschlagen. In einem anderen Gefässe werden 100 gr Malzextract in ⅔ Liter Wasser bei 50° C. gelöst, dazu werden 10 cm^3 einer 11procentigen Kalium carbonicum-Lösung zugesetzt, dann wird diese Malzextractlösung mit der Mehlmilchmischung vereinigt und das Ganze aufgekocht. — (Wiener klin. Rundschau. No. 50.)

— Nach Duquesnel lässt sich durch Zusatz von Eucalyptusessenz der unangenehme Geschmack und Geruch des Leberthran vollständig verdecken. Er verschreibt wie folgt: Rp.: Ol. jecoris. flav. 150,0, Ol. Eucalypt. aether gtt. II.

— Eine Methode, um Milch verdaulicher zu machen für Personen, welche dieselbe nicht vertragen können, besteht darin, dass man dieselbe mit Eichelcacao kocht. Es bedarf dazu nur einer sehr geringen Quantität, gewöhnlich genügen 1—3 Theelöffel Eichelcacao auf ½ Liter Milch. Eine so bereitete Milch, die nur einen tonisirenden Geschmack nach Eichelcacao zeigt, wird von Personen vertragen, denen selbst Milch mit Zusatz von Cognac oder aromatischen Tincturen widersteht. Bei diesen kleinen Quantitäten tritt die obstipirende Wirkung des Eichelcacao übrigens nicht hervor. — (Wiener med. Presse.)

— Queirel-Marseille stellte experimentelle Untersuchungen über die Widerstandsfähigkeit des Nabelstranges an 118 Fällen an und zwar fast stets unmittelbar nach der Geburt. Bei den lebend geborenen Kindern war grossentheils ein höheres und zuweilen ein viel höheres (mehr als 7 resp. 10 Kilo) Gewicht nöthig, als das der Kinder betrug, um die Nabelschnur zu zerreissen. Auch in den übrigen Fällen, bei todtgeborenen, macerirten Früchten ist es selten, dass ein Fötus durch sein eigenes Gewicht die Nabelschnur zerreissen kann.

— Ueber die Syphilisbehandlung mit Kalomelinjectionen am Charité-Spital zu Marseille, sprachen sich von Michel und Roche (Presse medicale 1898) sehr günstig aus. Es wurden an 135 Frauen im ganzen 1242 intramuskuläre Kalomelinjectionen, in Zwischenräumen von meist 14 Tagen (bei 12 Patientinnen alle 8 Tage) gemacht. Es waren alle Stadien, vom Schanker bis zu den tertiären Erscheinungen, repräsentirt. Jede Patientin erhielt im Mittel 8—10 Injectionen (eine einzige 23). Die Lösung bestand aus: Feinst gepulvertem, in Alkohol gewaschenen und im Brütofen getrocknetem Kalomel 0,05 und sterilisirtem Vaselinöl mit Zusatz von Vaselin bis zu Sirupconsistenz 0,01. Der Schmerz war bei allen Patientinnen erträglich, zuweilen zwar etwas heftig, sehr oft gar nicht vorhanden und sein Maximum 10 Stunden nach der Injection erreichend. Viermal kam es zu Abscessen, von denen zwei auf ange-

strengte Arbeit sofort nach der Einspritzung zurückzuführen waren. 43 mal wurde Knotenbildung constatirt; 1 mal Stomatitis, 5 mal Gingivitis; niemals Allgemeinerscheinungen. — Diese ausgezeichneten Resultate lassen die Methode als die empfehlenswertheste erscheinen, vereinzelte Fälle ausgenommen, wo sie meist durch innerliche Darreichung von Quecksilbersalzen ersetzt werden muss.

— In der Sammlung klinischer Vorträge (Heft 199) betont auch Neisser-Breslau, dass ja die percutane Methode der Beibringung von Hydrargyrum die wenigst wirksame ist und hinter der ausgezeichneten Injectionsmethode zurückstehen muss. Auch beweist er, dass die Schmierkur eine Einathmungskur ist, und dass es gar nicht darauf ankommt, ob die Salbe eingerieben und wie lange, oder ob sie mit dem Spatel aufgetragen wird. Es müssen nur Bedingungen geschaffen werden, die die Verdunstung des Metalls ermöglichen und damit seine Einathmung durch die Lungen. So energisch wie möglich muss die Kur sein; denn es genügt nicht bloss, die jeweiligen Symptome auf der Haut zum Schwinden zu bringen, sondern wenn angängig auch das im Körper kreisende Syphilisvirus kräftig anzugreifen. — (Monatsh. f. pract. Dermatologie.)

— A. Strauss-Barmen. Drei Fälle von syphilitischer Infection infolge Tättowierens. Der Verfasser beschreibt drei Fälle. In Fall 1 hatte sich ein 23jähriger Arbeiter eine „Venus" auf seiner vorderen Thoraxhälfte tättowiren lassen. Der Tättowirer hatte die gravierten Stellen mit seinem Speichel angefeuchtet. Es entwickelten sich in der Venusgestalt zwei harte Schanker. In allen drei Fällen kam es zu secundären Erscheinungen. — (Monatsh. f. pract. Dermatologie.)

— Ueber die richtige Zeit, Medicamente einzunehmen, gibt Dr. E. Vogt („Revue de thérapeutique médico-chirurgicale", 1898, No. 4) zunächst folgende allgemeine Grundsätze an: Durch unzweckmässiges Einnehmen von Medicamenten können schädliche Nebenwirkungen auf den Magen ausgeübt werden: 1. wenn die Medicamente differenter Natur sind und in concentrirter Lösung in den leeren Magen gelangen (Reizung der Schleimhaut), 2. wenn die Mittel zwar indifferent sind, aber in ungeeigneter Form in den leeren Magen gelangen; z. B. Pillen bei leerem Magen genommen, erregen manchmal Brechen, 3. Frauen soll man nicht zu stark verdünnte Lösungen geben, wegen der Beschwerden, die ihnen zu viel Flüssigkeit macht (zu häufiger Harndrang ist ihnen peinlich). — Rasche Resorption erzielt man durch Medication bei leerem Magen, langsamere bei gefülltem. Allgemeines Princip ist, bei leerem Magen dünne Lösung, bei gefülltem stärkere zu geben. — Ueber die einzelnen Arzneimittel stellt Dr. Vogt folgende specielle Grundsätze auf: 1. Die Verdauungsthätigkeit wird gestört, rasch aufgehoben durch folgende Medicamente: Chloroform, Naphthol, Saccharin; letzteres erklärt viele Verdauungsstörungen bei Diabetikern. Diese Stoffe sollen also nach Ablauf der Magenverdauung gegeben werden. 2. Verzögert wird die Magenverdauung durch die Metallsalze, Jod- und Bromsalze, sie sind also sehr verdünnt zu geben, 3—4 Stunden nach der Abendmahlzeit. Bromsalze vor dem Schlafengehen genommen, machen den Athem übelriechend.

wenn sie nicht sehr verdünnt gegeben werden. Jodsalze soll man bei leerem Magen, nicht zum Essen geben, da die Amylaceen der Nahrung die Wirkung abschwächen (nur wer zu Jodismus neigt, muss sie zum Essen nehmen). Quecksilber soll man entweder in Pillenform während der Mahlzeit geben, oder nüchtern sehr stark verdünnt. Calomel kann aber zu jeder Zeit ohne Schaden genommen werden. 3. Alcoholica sollen nicht direct vor Tische genossen werden; z. B. Kinder, die Chinawein kurz vor Tische längere Zeit genommen hatten, erkrankten an nervöser Erregung durch Alcoholismus. 4. Amara sind direct vor der Mahlzeit zu nehmen, nicht ½ Stunde vorher, denn sie reizen die Magenschleimhaut und regen die motorische Magenthätigkeit stark an. 5. Leberthran wird fälschlicherweise oft kurz vor Tische gegeben; es ist nicht gut, die Magenschleimhaut mit einer Oelschicht zu überziehen, wenn sie eben ihre grösste resorptive Thätigkeit entfalten soll; übrigens ist dies ganz angebracht, wenn Jemand kurz vor einem grossen Trinkgelage, welches grosse Anforderungen an ihn stellt, ein Gläschen Olivenöl trinkt, da wird der viele Alcohol sehr langsam resorbirt. 6. Eisen und Arsen sollen während der Mahlzeit eingenommen werden. 7. Natron bicarbonicum bewirkt, kurz vor der Mahlzeit genommen, eine Hypersecretion der Magenschleimhaut, kurz danach gegeben, stumpft es die übermässige Säure des Magensaftes ab. — (Wiener med. Presse.)

— Für hautfarbene Salben und Pasten gibt Dr. H. Rausch-Essen folgende Vorschriften: Ungt. Zinci cuticolor Rp. Bol. rubr. arm. 0,03, Glycerini gtts. VI, Ungt. Zinci ad 10,0 Mf. ungt. — Pasta Zinci (Unna) cuticolor Rp. Bol. rubr. arm. 0,24, Glycerini gtts. XX, Sol. Eosini rubr. (1:500) gtts. VIII, Pasta Zinci 40,0 Mf. pasta. — Pasta Zinci sulf. (Unna) cutic. Rp. Bol. rubr. arm. 0,24, Glycerini gtts. XX, Sol. Eosini rubr. (1:500) gtts. XII, Pasta Zinc. sulf. 40,0. Mf. pasta. — Pasta Zinci (Unna) c. Ichthyol. cuticlora Rp. Ichthyol 1 Proz., Pasta Zinci 40,0, Sol Eosini rubr. (1:500) gtts. XVI. — Rp. Ichthyol 2 Proz., Pasta Zinci 40,0, Sol. Eosini rubr. (1:500) gtts. XXIV. — Rp. Ichthyol 3 Proze., Pasta Zinci 40,0, Sol. Eosini rubr. (1:500) gtts. XXXII. — Rp. Ichthyol 4 Proz., Pasta Zinci 40,0, Sol. Eosini rubr. (1:500) gtts. XXXX. — Rp. Ichthyol 5 Proz., Pasta Zinci 40,0, Sol. Eosini rubr. (1:100) gtts. XII. — Gelanthum cuticolor Rp. Bol. rubr. arm. 0,02, Sol. Eosini rubr. (1:500) gtts. II, Zinc. oxyd. 0,4, Glycerini 3,0, Gelanth. 20,0. — Hautfarbener Zinkleim. A. Harter. Rp. Bol. rubr. 0,3, Sol. Eosini rubr. (1:500) 3,5, Aqu. dest. 50,0, Gelatin, 15,0, Glycerini 10,0, Zinc. oxyd. 25,0. — B. Weicher. Rp. Bol. rubr. arm. 0,3, Sol. Eosini rubr. (1:500) 3,5, Aqu. dest. 55,0, Gelatin, 12,5, Glycerini 12,5, Zinc. oxyd. 20,0. Ich habe, sagt R., die angegebenen hautfarbenen Präparate in der Praxis seither vielfach verwendet und bin mit denselben sehr zufrieden. Sie werden von den meisten Patienten gerne genommen, schon deshalb, weil sie auch im Gesichte eine Tagesbehandlung ermöglichen, denn gut in die Haut eingerieben, merkt man dem Träger kaum an, dass seine Haut mit Salbe versehen ist. Die Pasta Zinci sulf. und die Pasta Zinci, welch letzterer man unbeschadet des Farbeneindruckes Resorcin und Sublimat zusetzen kann, lassen sich mit Vortheil bei Bekämpfung der Akne gebrauchen, die Ichthyolpasten bei den verschiedenartigsten Erythemformen im Gesichte

überhaupt überall da, wo eine anämisirende und gefässzusammenziehende Wirkung erwünscht ist. Sehr vielseitig kann sich die Verwendungsweise des hautfarbenen Gelanthes gestalten. Ohne weiteren Zusatz kann es als Kosmeticum gute Dienste leisten zum Schutze empfindlicher Häute gegen Witterungseinflüsse. Unschätzbar ist es mir geworden bei der Behandlung der so lästigen, schwer zu beseitigenden Seborrhoea sicca faciei; die feinen, weissen, das Gesicht leicht verunzierenden Schüppchen verschwinden prompt bei der Einreibung mit dem gefärbten Gelanth, ohne eine Veränderung des Teints erkennen zu lassen. Auch bei luetischen Affectionen im Gesichte hat es sich mit einem Zusatze von Sublimat als sehr brauchbar erwiesen. — Medic. Neuigkeiten.)

— Zur Vertreibung von Warzen empfiehlt Vidal folgendes Verfahren: Ein Stück schwarzer Seife wird auf Flanell aufgestrichen und dieses Pflaster wenn möglich Tag und Nacht, sonst nur während letzterer auf die Warzen aufgelegt. Setzt man dieses Verfahren durch beiläufig 14 Tage fort, so erweichen die Warzen und es genügt selbe abzukratzen, um sie vollständig zum Verschwinden zu bringen. — (Annales de médecine et chirug.)

Kleine Mittheilungen.

— Der ärztliche Verein in München hat zur Feier des 80. Geburtstages seines verdientesten Mitgliedes, des Geheimrathes v. Pettenkofer, demselben eine Ehrengabe in Form einer in Silber getriebenen Platte zu überreichen beschlossen. Auf derselben sind die Stätten der Wirksamkeit des Jubilars dargestellt, während das Mittelfeld eine Darstellung des Herakles bietet, welcher die gleich einer Seuche aus der Erde aufsteigende Hydra bekämpft. Die Umschrift lautet: „Dem Wohlthäter der Menschheit, Max v. Pettenhofer, zum 3. December 1818 bis 1898 gewidmet vom Aerztlichen Verein in München." — (Münchener medicinische Wochenschrift. 1898, No. 49.)

— Prof. Röntgen in Würzburg hat dem Vernehmen nach einen Ruf an die Leipziger Universität erhalten und dürfte demselben auch Folge leisten. — (Allg. Wiener med. Zeitg.)

— Das Organisationscomité für den XIII. internationalen medicinischen Congress in Paris hat in einer Sitzung vom 15. ds. die allgemeinen Bestimmungen für den Congress aufgestellt und als Termin des Congresses endgiltig die Zeit vom 2. bis 9. August 1900 festgesetzt.

— Am 17. ds. fand in Berlin unter dem Vorsitz des Staatsministers Grafen v. Posadowsky eine Sitzung des Centralcomités zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke statt. Es wurde beschlossen, im Frühjahr 1899 nach Berlin einen Congress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit zu berufen, der sich mit der Ausbreitung, Aetiologie, Prophylaxe, Therapie und dem Heilstättenwesen für Lungenkranke beschäftigt. — (Münch. med. Wochenschr.)

— Viel Zeit erforderte es, bis sich die städtischen Behörden Berlins mit der Institution der Schulärzte befreundet hat. Nun hat endlich der Magistrat beschlossen, mit der Anstellung von Schulärzten an einigen Gemeindeschulen einen Versuch zu machen. Für jeden Schulkreis sollen vom Magistrat Schulärzte contractlich angestellt werden, und zwar für jede Schule ein Arzt. Mehr als vier Schulen sollen jedoch einem Arzte nicht übertragen werden. Die Besoldung der Schulärzte ist zunächst auf 500 Mk. pro Jahr und Schule festgesetzt worden. Es kann also ein Schularzt auf 1—2000 Mk. jährlich kommen. — (Allg. Wiener med. Zeitung.)

— Wie in No. 50 der Münchener medicinischen Wochenschrift mitgetheilt wird, sind in den Etat des Auswärtigen Amtes des Deutschen Reiches 60,000 Mark als erste Rate für eine Expedition zur Erforschung der Malaria eingestellt worden.

— Das Gehirn Bismarck's hatte das ansehnliche Gewicht von 1807 Gramm. Das mittlere Gewicht des Gehirns eines gebildeten Europäers beträgt im Mittel 1350—1400 Gramm. Von berühmten Persönlichkeiten, die einer Autopsie unterzogen wurden, war das Gehirn Dante's 1470, jenes Schiller's 1596, Kant's 1624, Byron's 1792 und Cuvier's 1818 Gramm schwer. — ((Allg. W. med. No. 52.)

— Dr. Pöch, der Arzt, welcher den pestkranken Dr. Müller behandelte, theilte der Kammer mit, dass die Ansichtskarten mit seinem Bilde, welche in Wien schwunghaft verkauft werden, ohne sein Vorwissen und ohne seine Einwilligung hergestellt wurden. Auch von Dr. Müller und von der Wärterin Pecha waren solche Ansichtskarten massenhaft verkauft worden.

— Die in jüngster Zeit in Wien durch aus dem Laboratorium verschleppte Pestbacillen entstandenen Pestfälle sind nicht die einzigen, welche den Beweis der Möglichkeit der Verbreitung der Seuche auf diesem Wege liefern und uns die Gefahren vor Augen stellen, die bei nicht gehöriger Vorsicht oder unzureichenden Einrichtungen der Laboratorien heraufbeschworen werden können. In Nha-Tsang (Indochina) sind einige Pestfälle vorgekommen, und zwar bei den Eingeborenen der kleinen Stadt, wo Yersin seine Studien über den von ihm entdeckten Pestbacillus betreibt. Man erklärt sich den Ausbruch der Seuche folgendermassen: Yersin hatte in Käfigen mit Pestserum geimpfte Mäuse; alle Vorsichtsmassregeln wurden angewendet, nur der Umstand, dass Ameisen Reiskörner, welche den geimpften Mäusen zur Nahrung dienten, verschleppten; genügte schon, um die Seuche zu verbreiten. Man kann aus diesem Vorkommniss entnehmen, wie streng die Vorsichtsmassregeln in derartigen Laboratorien in's Werk gesetzt werden müssen. — (Allg. W. M. No. 52.)

— Eine Reminiscenz an die Wiener Pestfälle.) Wir lesen in der letzten Nummer der „Deutschen med. Woch.": „Frau Vilma Parlaghi hat sich in ihrer Eigenschaft als Ehrenpräsidentin der Berliner Abtheilung des „Weltbundes gegen das lebendige (!) Schlachten und Operiren mit Thieren" gedrungen gefühlt, die Wiener Pestfälle zu einem fulminanten Artikel gegen die Vivisection („Berliner Damenzeitung'," No. 48) zu

„verarbeiten". Wir würden es nicht wagen, dieses glänzenden Productes einer unfreiwilligen Komik in unserer Zeitschrift Erwähnung zu thun, wenn uns nicht in dem sonst so erheiternden Artikel ein trauriger Satz aufgefallen wäre, der es verdient, zur Characteristik der Verfasserin hier wiedergegeben zu werden. Dieser — NB. classisch stilisirte — Satz, in dem die zartfühlende Frau und edle Priesterin der schönen Künste das Andenken des unglücklichen jungen Wiener Gelehrten beschimpft, lautet: „ . . . denn die Seelenstimmung des Hauptschuldigen Dr. Müller während der Tage bis zu seinem sicheren Tode, wie vor einer Hinrichtung, hat den ebenso nachlässigen, als eitlen, ruhmsüchtigen jungen Mann in einer Weise gestraft, wie es nicht einmal der gemeinste Mörder durchmachen muss, dem doch erst einige Stunden vor seinem Tode oder oft nur kurz vorher derselbe verkündet wird." — Wir müssen gestehen, dass soviel Talent- und Geschmacklosigkeit doch nur eine schriftstellernde Frau aufzubringen vermag. — (W. m. Presse. No. 50.)

— Die Petition, betreffend die Errichtung eines Ofens behufs Einäscherung der an ansteckenden Krankheiten Verstorbenen, die seitens einer Anzahl von Berliner Aerzten an Magistrat und Stadtverordnete gerichtet worden, ist in der Deputation für öffentliche Gesundheitspflege eingehend berathen worden. Die Bedürfnissfrage ist verneint worden.

— Dass die Lepra in Livland und Curland an Ausbreitung gewinnt, davon haben, wie die Rig. Rundschau von zuverlässiger Seite erfährt, die diesjährigen Recrutenaushebungen einen traurigen Beweis geliefert. Es sind nämlich viele Wehrpflichtige zum Militärdienst untauglich befunden worden, weil sie an der Lepra erkrankt waren. Besonders auffallend war es, dass die aus den Strandgegenden stammenden jungen Leute an dieser Krankheit litten. So sollen aus dem Recrutirungscanton, zu dem auch Schlock gehört, etwa 20 junge Leute in Folge dieser Krankheit zur Losung gar nicht erschienen sein. — (Petersburger med. Wochenschr. 1898, No. 48.)

— Ein Memorandum der Hochschul-Assistenten. Eine Deputation der österreichischen Hochschul-Assistenten hat vor Kurzem dem Unterrichtsministerium zu Handen des Sectionschefs Ritter v. Hartel ein Memorandum unterbreitet, in welchem um eine Erhöhung der bisherigen kärglichen Bezüge von 700 fl. auf 1200 fl. jährlich gebeten wird. Zugleich sprach die Deputation im Abgeordnetenhause vor, woselbst sie von den Abegordneten Dworak und Chiari dem Finanzminister vorgestellt wurde. Die Deputation fand allseits die wohlwollendste Aufnahme und so steht wohl zu erwarten, dass die berechtigten Wünsche der Assistenten baldigst die gebührende Berücksichtigung finden werden.

— Der Titel „Operateur". In der Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 22. November stellten die Abgeordneten Dr. Chiari und Genossen folgende Interpellation an den Unterrichtsminister: „Der Herr Minister für Cultus und Unterricht hat am 12. September 1898, unter Z. 23.130, an die Decanate der medicinischen Facultäten einen Erlass gerichtet, mit welchem den ehemaligen Zöglingen der an den Universitätskliniken bestehenden Operateurinstitute die Führung des Titels Opera-

teur verboten wurde. In diesem Erlasse heisst es zum Schlusse wörtlich, „dass gegen jene, insbesondere im praktisch-ärztlichen Berufe thätigen, ehemaligen Frequentanten eines solchen Operationscurses oder Institutes, wenn sie sich die Führung des Titels „Operateur" anmassen würden, wegen unbefugter Titelführung eingeschritten werden müsste." Da nun die Operationsinstitute bei den Kliniken der Universitäten gerade zu dem Zwecke geschaffen wurden, um Doctoren der gesammten Heilkunde zu Operateuren auszubilden, und da es weiters nur mit Hilfe der an den genannten Instituten wirkenden Operationszöglinge, beziehungsweise Frequentanten, welche nach dem Gesetze die Pflichten der Secundarärzte haben, allein möglich ist, die grosse Anzahl von Kranken (in Wien allein 40,000 bis 50,000 jährlich) an den Kliniken zu behandeln, stellen die Unterzeichneten an den Herrn Unterrichtsminister nachstehende Anfragen: 1. Warum ist es als eine „Anmassung" zu bezeichnen, wenn sich ein Doctor der gesammten Heilkunde, der seine besondere Ausbildung an einem Operateurinstitute erlangt hat, den Titel „Operateur" beilegt? 2. Ist der Herr Minister geneigt, die Operateurinstitute einer dringend nothwendigen, zeitgemässen Umgestaltung zu unterziehen und dabei insbesondere darauf Rücksicht zu nehmen, dass den Operationszöglingen, beziehungsweise Frequentanten ein ihrer Dienstleistung angemessenes Adjutum gewährt werde? 3. Ist der Herr Minister geneigt, dahin zu wirken, dass die in den Operateurinstituten ausgebildeten Aerzte bei Besetzung von öffentlichen Stellen entsprechend berücksichtigt werden?" — (W. m. Presse. No. 49.)

— Die von der Aerztekammer Brandenburg-Berlin eingesetzte Commission zur Bekämpfung der Curpfuscherei schreibt eine Preisbewerbung für eine Schrift aus, welche die Eindämmung des Curpfuscherthums durch Aufklärung des Volkes bezweckt. Die Schrift soll in allen Schichten der Bevölkerung zur Verbreitung gelangen. Die Bedeutung der wissenschaftlichen Medicin für den Einzelnen wie für das Gesammtwohl, und andererseits die Haltlosigkeit, die Schwindelhaftigkeit und Gemeingefährlichkeit der Curpfuscherei ist in poulärer, leicht fasslicher Weise darzulegen. Besonderes Gewicht ist auf die Verwerthung von Thatsachen zu legen, sowohl in Bezug auf den Nutzen der wissenschaftlichen Heilkunde als auch in Bezug auf die bekannten und insbesondere gerichtlich erwiesenen Schäden des Curpfuscherthums. Als Preis wird für die beste, zum Druck geeignete Schrift, die ungefähr zwei bis drei Druckbogen umfassen soll, ein Betrag von 300 Mark ausgesetzt; die Schrift wird Eigenthum der Aerztekammer. Die Arbeiten sind, mit einem Motto versehen und mit einem den Namen des Verfassers enthaltenden verschlossenen Couvert, an den Vorsitzenden der Commission, Herrn Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Guttstadt, Berlin W., Genthinerstrasse 12, einzureichen. Als Schlusstermin für die Ablieferung der Arbeit gilt der 1. Juli 1899. Als Preisrichter fungiren die Herren Eulenburg und Guttstadt in Berlin, Lirsch in Kottbus. — (M. m. W. No. 50.)

— Ein Arzt und Sonderling. Vor Kurzem starb in Paris ein Arzt, der sich lange Jahrzehnte eines grossen Zulaufes erfreute, zuletzt aber wohl nur Wenigen noch dem Namen nach bekannt war. Dr. Gruby, der im 88. Lebensjahre starb, war ein geborener Ungar, er hatte in Wien

seine medicinische Ausbildung genossen und nach Beendigung seiner Studien mehrere Jahre in Wien und Budapest prakticirt. Dann ging er nach London und Ende der Vierziger-Jahre nach Paris. Hier wirkte er als freier Docent besonders auf dem Gebiete der experimentellen Physiologie; seine Vorlesungen erfreuten sich grossen Zulaufes. Daneben übte er eine umfangreiche ärztliche Thätigkeit aus, die sich besonders auf dem Gebiete der diätetischen Therapie und der Magenkrankheiten bewegte. Zu seinen Patienten gehörten literarische und musikalische Berühmtheiten, wie Heine, Alexander Dumas, Vater und Sohn, Alphonse Daudet, Chopin, Liszt, Ambroise Thomas. Das Merkwürdige dabei war, dass er selbst das Leben eines Sonderlings führte. In der grossen Wohnung, die er seit 35 Jahren bewohnte, soll ein wüstes Chaos geherrscht haben. Seine Hauptnahrung war Obst, speciell Aepfel, er schlief nie in einem Bette, sondern auf Fellen, die direct auf den Fussboden des Zimmers gebreitet waren. Zuletzt schloss er sich auch gegen seinen einzigen Diener ab; er ging nicht mehr aus und liess sich von Niemanden mehr sprechen. Als seine Nachbarn ihn seit mehreren Tagen nicht mehr gesehen hatten, liessen sie die Wohnung durch die Polizei öffnen; man fand nun den alten Arzt todt auf seinen Fellen liegen. Er soll ein bedeutendes Vermögen hinterlassen haben. — (W. m. Presse. No. 49.)

— Medicinische Zeitungen in Paris. Zur Zeit erscheinen in Paris nicht weniger als 206 medicinische, chirurgische, hygienische und therapeutische Blätter. Hingegen verschwindet bedauerlicher Weise eine Zeitschrift aus dieser Ueberfülle der medicinischen Wochenblätter und Monatszeitschriften, nämlich die von Prof. H a y e n seit Langem herausgegebene „Revue des sciences médicales", die in der französischen Fachliteratur einen Ehrenplatz eingenommen hat. Dieselbe wird im nächsten Jahre nicht mehr erscheinen. — (Allg. M. No. 50.)

— G. v. W e l s e n b u r g (Das Versehen der Frauen in Vergangenheit und Gegenwart, Leipzig, H. Barsdorf, 1899) gibt in seinem Buche eine genaue Darstellung der Ansichten von Laien und Aerzten über das Versehen der Frauen vom Alterthum bis in die Neuzeit. Man versteht unter Versehen der Frauen die Einwirkung eines seelischen Eindrucks auf eine Frau während der Schwangerschaft derart, dass am Körper des Kindes die Ursache dieses Eindrucks sichtbar wird. Der Glaube an das Versehen der Frauen gehört zu jenen elementaren Völkergedanken, die überall die Menschheit von den dunkeln Träumen der ersten Kindheit bis zu den klaren Erkenntnissstufen, auf denen die Civilisation ruht, begleiten. Die Thatsache des Versehens stand bis zum 18. Jahrhundert fest, wo sie zum ersten Male vor das Forum der kritischen Vernunft gerufen und in Zweifel gezogen wurde. Auf Einzelheiten einzugehen ist nicht möglich; der Leser wird eine Fülle interessanter Einzelheiten bei der Darstellung aller Ansichten und Thatsachen über das Versehen in älterer und neuerer Zeit, bei verschiedenen Völkern, bei Dichtern, Theologen, Aerzten, Naturforschern und Philosophen finden. Des Verf. eigene Ansichten über das Versehen der Frauen sind im kritischen Schlusswort niedergelegt. Das Versehen ist ein sehr seltenes Vorkommniss. Ganz wenig beglaubigte Fälle würden genügen, um die wirkliche Existenz des Versehens zu beweisen. Jede geistige Thätigkeit

hinterlässt ihre Spuren in den Lebensprocessen des Körpers. Gerade die Gemüthsbewegungen (Freude, Kummer, Zorn, Schreck und Angst etc.) üben die mächtigsten Einflüsse auf die körperlichen Thätigkeiten aus, bei Frauen auch auf die Geschlechtsorgane. Dass die schwangere Gebärmutter durch psychische Alterationen der Mutter direct beeinflusst wird, beweisen die zahlreichen Fälle von Fehlgeburten nach Schrecken und anderen seelischen Erregungen. Die Psyche wirkt direct auf die glatten Muskeln, es treten Störungen in der Cirkulation, Ernährung und im Stoffwechsel ein, die nicht ohne Einfluss auf den Fötus bleiben können. Man muss also die Frage von Meckel: Können Gemüthsbewegungen Schwangerer Missbildungen der Kinder zur Folge haben, mit Ja! beantworten. Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob bestimmte Missbildungen die Folge von den Gemüthsbewegungen der Schwangeren sein können. An der Möglichkeit der Entstehung von Hautblutungen durch heftige Gemüthsbewegungen ist nicht zu zweifeln, Veränderung an gewissen Körperstellen durch Beschäftigung des Geistes mit denselben, lehrt das Beispiel der Hypochondrie. Die Annahme, dass durch bestimmte Affecte der Mutter bestimmte diesen entsprechende Veränderungen des Kindes hervorgerufen werden können, ist nach Ansicht des Verf. nicht zurückzuweisen. Von der endgültigen Lösung der Frage sind wir jedoch noch weit entfernt. — Centralbl. f. Gyn. No. 47.)

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

DR. ALFRED MICHEL.

357 W. 30th St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. XI. New York, Februar 1899. No 2.

ORIGINALARBEITEN.

Zur aetiologischen Behandlung der Gonorrhoe.*)

Von

Dr. Ludwig Weiss,

Abtheilungschef der Haut- und Uro-Genital-Abtheilung der Deutschen Poliklinik, consultirender Dermatolog des isr. Waisenhauses.

Es klingt beinahe wie eine Profanie, in einer Gesellschaft wie der unsrigen, die Mitglieder von so eminenter Erfahrung zählt, von der Behandlung der Gonorrhoe zu sprechen. Ist uns ja die Behandlung dieser bis vor nicht zu langer Zeit als Trivial gehaltenen Affection als höchst einfache Zugabe unseres Wissensschatzes erschienen. Unter dem Zeichen der Spritze und Spritzflasche auf unserer Flagge, rückten wir der „Unbequemlichkeit" mit geringschätzender Miene an den weissfliessenden Leib. Reinforcirt wurde der Angriff noch durch ekelerregende Gaben von „veilchenduftenden", Urin verursachenden Balsamicis, und als Schlusseffect winkte dem gespritzten Patienten das Gespenst eines dickleibigen Bougies, mit der er on general principles regalirt wurde.

Wohl nahten auch für die Genorrhoebehandlung bessere Tage, als die Chirurgie in die ihr von Lister erschaffenen und durch ein Heer anderer Forscher errungenen antiseptischen Bahnen sich zu bewegen begann. Man wusste bereits, dass Microorganismen die Eiterung erregten und nahm an, dass die in der Luft befindlichen Microben dieselbe verschuldeten. Bald fand man durch die grundlegenden Forschungen Robert Koch's, dass die Eiterungen durch Contact mit toxischen Substanzen

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen med. Gesellschaft von New York am 6. Februar 1899.

entstehen und die aseptische Chirurgie feierte ihr Entstehen. Es wurden die pyogenen Coccen, der Staphylococcus und Streptococcus isolirt. Bald fanden sich auch die Erreger anderer Entzündungen, und der von Neisser in 1879 entdeckte Gonococcus als Erreger der specifischen Urethritis und der Opthalmogonorrhoea, der allein uns hier interessirt. Wir wissen, dass der Gonococcus Neisser der Träger der specifischen Infection ist, dass derselbe in abundanter Weise enthalten und zu finden ist in der eitrigen Secretion, welche das Hauptsymptom der Gonorrhoe ausmacht. Der Gonococcus verleiht dem Eiter die Virulenz, die Eitercoccen verursachen die Secretion und die Combination beider ergiebt das Bild der Blenorrhoe, den eitrigen Ausfluss der Harnröhre. Diese allgemein gekannten Thatsachen mögen nur als Einleitung dienen zu den folgenden Bemerkungen über die aetiologische Behandlung der Gonorrhoe. Es ist nicht meine Absicht, eine systematische Abhandlung über die Therapie der Gonorrhoe zu liefern, die besser in einem Lehrbuche nachgesehen werden kann. Auch von der ermüdenden Aufzählung aller Ihnen bekannten Mitteln gegen diese Erkrankung soll hier abgesehen werden. Ich möchte mir hier nur gestatten über das Wesen derjenigen neueren therapeutischen Eingriffe etwas zu sagen, die in den letzten Jahren die Behandlung der Gonorrhoe in neue Bahnen lenkten.

Dieselben sind, als zielbewusste Fortschritte, eng verknüpft mit der Morphologie und Biologie des Gonococcus. Nur durch die Erkenntniss der Eigenthümlichkeiten des Gonococcus ist es möglich geworden, die Therapie der Gonorrhoe auf den Standpunkt des Rationellen zu bringen. Es ist vielleicht die Zeit nicht mehr ferne, dass wir durch bactericide Mittel oder auf dem Umwege der Serotherapie zu Resultaten gelangen werden, die mit der absoluten Sicherheit des Laboratoriumexperiments die Heilung der Gonorrhoe zu ermöglichen im Stande sein werden.

Wir wissen, dass der Gonococcus, wenn mit der Schleimhaut der Harnröhre in Contakt gebracht, daselbst einen für seine weitere Entwicklung sehr günstigen Nährboden findet. Innerhalb etwa 48 Stunden kann er bereits bis ins subepitheliale, und etwas später auch in das submucöse Bindegewebe vorgedrungen sein. Er durchdringt Cylinderepithel leichter als Pflasterepithel, aber letzteres bildet seinem Fortschreiten, wie manche Forscher meinen, keinen Widerstand. Er dringt in die Morgagnischen Lacunen und Littrischen Drüsen ein, verstopft die Ausführungsgänge der letzteren, und verursacht cystische Entartung der Drü-

senkörper, besonders bei chronischer Gonorrhoe. Endlich wissen wir, dass der Gonococcus und seine Toxine in die Blut- und Lymphgefässe zu dringen vermögen, in die Circulation gelangend die verschiedensten metastatischen Ablagerungen verursachen und dass er auch per continnitatem in das Bauchfell zu dringen und Peritonitis zu erzeugen vermag.

Deshalb ist seine locale Vernichtung von der grössten Wichtigkeit.

Und dies bringt uns auf die Frage, ob die Gonorrhoe abortiv oder früh behandelt werden soll. Da der Gonococcus, erwiesenermassen eine grosse Penetrationsfähigkeit für das Epithel hat, und eine Einwanderung auf-, in- und durch dasselbe alsbald nach der Infection stattfidet, so wäre es natürlich am angezeigtesten die Affection sofort nach deren Entstehen zu behandeln, um die eben deponirten und noch oberflächlich gelagerten Gonococcen einer sie zerstörenden Behandlung zu unterwerfen. Doch diesem einfachen Postulate stellen sich bei näherem Zusehen mannigfache Hindernisse entgegen. Vor allem ist es gewiss nur in den allerseltensten Fällen möglich, eine Gonorrhoe sozusagen in Status nascendi in Behandlung zu bekommen. Die Initialsymptome, oder vielmehr die Prodromata sind unglücklicherweise von solch latent unwahrnehmbarer Natur, oder wenn ja wahrnehmbar von objectiv so untergeordneter Bedeutung, dass nur wenige Patienten in der Inkubationsperiode um ärztliche Hülfe nachsuchen.

Es könnte hier allenfalls an eine präventative Behandlung gedacht werden, welche, da mit dem Uebel einmal trotz aller moralischen Augenverdrehereien gerechnet werden muss, vielleicht wenigstens in einer fakultativen Weise durchgeführt werden könnte. Freilich müssen, und ich glaube es könnten die Leute dazu erzogen werden, sofort nach jedem illegitimen Coitus ein Verfahren in Anwendung zu bringen, welches sie selbst und Andere vor den Folgen einer gonorrhoischen Infection schützen würde[1]). In diesem Besuche wird in Deutschland, wo man diese Sachen mit nüchternem Verständnisse auffasse, ein von Kreisphysikus Dr. Blokusewski angegebenes, von einer kleinen Metallhülse fest umschlossenes, eine 2proc. Arg. nitr. Lösung enthaltendes Tropfgläschen in den Apotheken vorräthig gehalten. Wie Sie sehen, ist das Instrument handlich und bequem in der Tasche zu tragen. Schon Haussmann empfahl zu diesem Besuche eine 2proc. Arg. nitr. Lösung, jedoch mit der

[1]) Zur Verhütung der gon. Infect. beim Manne. Dermatol. Zeitschrift, Bd. II., p. 325.

Tripperspritze zu injiciren. So radikal sein Verfahren ist, so ist es doch nicht unschädlich genug, da es zu stark reizt und erhebliche Schmerzen verursacht. Mit dem Blokusewski'schen Tropfgläschen werden nur Einträufelungen gemacht und zwar sofort nach dem supponirten Coitus impurus, in der Weise, dass in die durch Fingerdruck etwas kalffend gemachte Urethra 2 Tropfen eingeträufelt und ein weiterer Tropfen längs des Frenulums herabfliessen gelassen wird, um die an der Aussenfläche oder in etwaige perinrethralen Gänge gelangten Gonococcen zu vernichten[2]).

Es lehnt sich dieses Verfahren an die Crédé'sche Methode zur Verhütung der gonorrhoischen Conjunctivitis an, welche die Opthalmogonorrhoe der Neugeborenen — früher eine so bedeutende Quelle der Erblindung — jetzt auf ein Minimum des Vorkommens reduzirte. Eine 2proc. Lösung von Argentum nitricum ist nach den Versuchen von Schäffer[3]) und Steinschneider[4]) im Stande die Gonococcen momentan abzutödten. Da diese prophylaktische Methode zugleich eine Heilmethode ist und kein Geringerer als Neisser[5]) selbst sie empfiehlt, da dieselbe zugleich gar keine Beschwerden und Reizerscheinungen verursacht und sicher wirkt, sollte sie in möglichst weiten Kreisen bekannt werden.

Ganz entgegen diesem schon im Incubationsstadium zu beginnenden activen Vorgehen, rathen einige Wenige, selbst bei schon manifester Gonorrhoe, nichts local zu unternehmen und höchstens durch innerliche Verabreichungen von Balsamicis auf palliativer Weise zu Hülfe zu kommen. So rückschrittlich es auf den ersten Anblick auch aussieht, so entbehrt die Annahme Iwan Block's nicht der Originalität, insofern sie sich an moderne Anschauungen anlehnt. Bloch behauptet nämlich[6]), dass wir es nicht nöthig haben, die Elimination der Gonococcen anzustreben, dass die Entzündlichen Erscheinungen als eine natürliche Reac-

[2]) Neisser: Ueber Versuche zur Verhütung d. gon. Urethralinfection. Deutsche Medizinalzeitung 1895. No. 69. Sonder-Abdruck p. 4.

[3]) Schäffer: Ueber Desinfectionsversuche an Gonococcen. Sep.-Abdruck aus d. Verhandl. d. V. Deutschen Dermatol.-Cong., p. 5.

[4]) Zur Biologie der Gonococcen. Berl. klin. Wochenschr. 1895. No. 45.

[5]) l. c.

[6]) Zur Behandlung d. blenorrh. Harnröhrenentzündung. Monatshefte f. pract. Dermatol. Bd. XXVI., No. 3.

tion anzusehen seien, die man ablaufen lassen soll und dann erst die Schleimhaut local zu behandeln. Es sollen, wie Frank-Berlin in seiner abweisenden Kritik dieser Anschauung resumirt[7]), die Träger der Infectionskrankheiten im von ihnen befallenen Organismus nicht vernichtet werden dürfen, da aus ihnen die Stoffe hervorgehen die als Heilfaktoren zu betrachten sind. — Bei den, neuerdings den Leucocyten zugemutheten Schutzkraft, welcher sogar bis zur medicamentösen Verabreichung von Nuclein und Nuclo-albuminen herausforderten, hat diese Ansicht, so sehr sie auch im Widerspruch zu den auf vorzüglich l o c a l e Beeinflussung der Schleimhautentzündungen gerichteten Bestrebungen ist, denn doch vielleicht etwas Wahres in sich. Macht doch auch Drobny-Charkoff[8]) den Verlauf abhängig von der Localisation der Gonococcen. Er räth, wenn solche ausserhalb der Zellen liegen, ja nicht activ zu behandeln, jedoch wenn sie introcellulär liegen zu injiciren. Im ersten Falle haben die Toxine des Gonococcus die Absorptionsfähigkeit der Leucocythen beeinträchtigt — fehlende Phagocytose —, die Gonococcen bleiben in Folge dessen frei und wandern aus.

Auch S c h ä f f e r tangirt in einer aus der Neisser'schen Klinik hervorgegangenen Arbeit[9]) schon ein Jahr früher diese Frage. In seinen Versuchen in wie weit die Gonococcen selbst oder ihre Toxine schuld sein mögen an klinischen Erscheinungen die bei Gonorrhoe-Kranken auftreten, fand er, dass solche Toxininjectionen kurz dauernden, eitrigen Harnröhrencatarrh hervorriefen und hofft Aufklärung über die für unser therapeutisches Vorgehen bedeutungsvolle Frage, welchen Einfluss eine Steigerung der Entzündung auf den Verlauf des infectiösen Processes ausübt. Die klinischen Erfahrungen haben darüber keineswegs eine einheitliche Antwort gegeben. „Die einen Autoren glauben, dass, abgesehen von dem im Vordergrund stehenden Prinzip der Gonococcen-Vernichtung — eine antiphlogistische Therapie rationell sei; während Andere — unter diesen in erster Reihe Finger — eine Beschränkung des Entzündungsprocesses nicht nur für unnöthig halten, sondern in manchen Fällen eine

---

[7]) Medizin d. Gegenwart. 1898. Heft 3, p. 200.

[8]) Ueber die Abhängigkeit des Verlaufs d. Urethritis von d. Localisation d. Gonococcen. Arch. f. Dermato. u. Syphil. XLVI. Bd. 1. H. 1898.

[9]) Beitrag z. Frage der Gonococcen-Toxine. Fortschritte d. Medicin, No. 21. 1. Nov. 1897.

Steigerung der Reaction für erwünscht ansehen[10]." Auch hier findet sich also — wenn auch in einem anderen Sinne —eine leise Erwähnung der natürlichen Reaction oder der „organischen Restauration" im Sinne Bloch's.

Fernerhin hat man, fussend auf den von Steinschneider und Schäffer gemachten Studien über die Resistenz der Gonococcen[11]), nach welchen eine Temperatur von 40° C. nicht nur eine entwicklungshemmende, sondern auch eine vollkommen abtödtende Wirkung auf die Gonococcenaussaaten ausübten, versucht derartig temperirte Lösungen zu injiciren, die aber zu keinem ermunternden Resultate führten.

Aus dem Verständniss, welches man jetzt der Biologie des Gonococcus entgegenbringt, entspringen die gegenwärtigen zwei hauptsächlichsten Behandlungsweisen der Gonorrhoe: nämlich die von Janet wieder eingeführten „grossen Spülungen" mit Kali hypermanganicum, die ich die mechanisch-chemische; und die Injection von löslichen Silbersalzen, die ich die chemisch-bactericide Methode nennen möchte.

Nachdem also aus socialen und anderen Ursachen die gonorrhoische Affection, in einem kaum nennenswerthen Bruchtheil der Fälle so zeitlich zur Behandlung kommen wird, als es im Interesse der Patienten nothwendig wäre, so müssen wir das nächstbeste Erreichbare zu thun bestrebt sein, und die Gonorrhoe so schnell als nur möglich in Behandlung nehmen.

Die abortive Behandlung nach Ricord mit starken Lapislösungen ist mit zu grossen Gefahren für die Integrität der Schleimhaut und mit oft sehr schweren Complicationen verbunden. Da der Gonococcus sehr bald, das Epithel durchdringend bis an den Papillarkörper der Schleimhaut gelangt, hatten in jüngst vergangener Zeit unter Anderen Welander[12]) und Hugues[13]) die folgerichtige Idee die Epithelauskleidung der Urethra zu zerstören und empfahlen zu diesem Behufe, Abkratzung desselben mit Wattetampons und nachheriger, energischer Bepinselung mit 2proc. Argentum Nitricumlösung, oder mittelst eines Borstenwischers und darauffolgender Injection

[10]) l. c. pag. 817.

[11]) Zur Biologie d. Gonococc. Berl. klin. Woch. 1895. No. 45.

[12]) Welander: Zur Frage d. abortien Behandlung d. Gon. Monatsh. f. pract. Dermatol. 1887. Bd. VI, No. 4. pg. 145.

[13]) Hugues et Neudörfer. Deux Nouveaux traitements de blennorrhagie. Semaine Médic. 1889.

von Sublimatlösung 1:000. Felekі[14]) selbst tritt warm für seine abortive Methode ein, die darin besteht, dass er den Tubus des Endoscops etwas tiefer einführt, als er nach dem Spiegelbefund und der Empfindlichkeit der Schleimhaut dieselbe als erkrankt gefunden hat, und nimmt während des Herausziehens eine gründliche Auspinselung mit einer Lapislösung (1:20) vor. In 1892 schlug Janèt[15]) als Vorläufer seiner in 1894 angegebenen allbekannten modificirten Abortivebehandlung, die alsbald von ihm selbst aufgegebene Abortivebehandlung vor, mittlest welcher starke Kalihypermanganicum-Lösungen alle 5 Stunden, und einige Tage hernach noch alle 12 Stunden in die Harnröhre irrigirt wurden. Alle diese Bestrebungen konnten jedoch keine richtige Wurzel fassen, die Janet'schen nicht, weil sie an Arzt und Patienten unerfüllbare Ansprüche stellten, die anderen deshalb nicht, weil sie unsicher wirken, Lesionen der Harnröhre nicht ausschliessen, und mechanisches Eintreiben der Gonococcen in noch nicht affizirte Bezirke bewerkstelligen können.

Und in dieser Beziehung bekenne ich mich als begeisterten Anhänger der Frühbehandlung. Insolange als wir die Gonorrhoe als eine Bacterienkrankheit aufzufassen bemüssigt und berechtigt sind, werden wir dieselbe umso gründlicher bekämpfen und heilen, je schneller und zweckentsprechender wir dagegen vorgehen. Wir können bei dem gegenwärtigen Stande unseres biochemischen Wissens auf die vielleicht existirenden uns jedoch noch nicht zum Bewusstsein gekommenen Naturheiltriebe des Organismus nicht reflectiren. Ueberall da wo Microorganismen als Krankheitserreger gelten, wird man deren tieferem Eindringen in die Gewebe und deren Vermehrung zu verhindern suchen, indem man schnellstens antibacterielle Mittel local in einer Concentration anwendet, die nach den Ergebnissen des Laboratoriumexperimentes Parasiticid, auf die Gewebe aber nicht vernichtend wirken.

Früher, als man wirklich gonococcocide Mittel noch nicht besass, riethen die besten Beobachter mit Recht im acutem Stadium sich zuwartend zu verhalten und dann mit Adstringentien vorzugehen. Angesichts der Heilmittel jedoch die wir heute besitzen und von denen bald die Rede sein soll, wäre ein Beharren

[14]) Beiträge z. abortiv. Behandlung d. blennorrh. Urethrit. Centralblatt f. d. Kr. d. Harn- u. Sexual-Org. Bd. V, H. 4—5. 1894.

[15]) Annal. de derm. et Syphil. 1894, und vorher in d. Guyon'schen Annalen 189?

auf einen solchen Standpunkt ein Wiederspruch gegen anerkannte Thatsachen. Nachdem zugegeben werden muss, dass der Gonococcus der alleinige Urheber des gonorrhoischen Processes ist, hat sich die Behandlung dieser, nicht mehr als trivial geltenden Affection aus den Banden des Empiricisums in das sichere Fahrwasser wissenschaftlicher und präciser Action begeben. Die Wahl der Mittel ist eine leichtere geworden, indem die Indication sich zu einem nur einzig und allein geltenden Krystallisationspunkt vereinigt — die Vernichtung des Gonococcus.

Janet versuchte diesem Ziele nachzukommen, oder, wie er behauptet, es erreicht zu haben, indem er auf mechanisch-chemischem Weg, durch grosse Spülungen von Kaliumhypermanganicum die Dologirung und Vernichtung des Gonococcen bewerkstelligt.

Schon Diday[16]) empfahl, in der Idee das Virus fortzuspülen. Sublimatirrigationen, die damals wie jetzt ihre Anhänger fand. Es scheint fast, als ob in den Irrigationen etwas fascinirendes liegen müsse, denn stets wenn auf dieselbe wieder zurückgekommen wird, wird sie quasi als Dogma angesehen, und findet ihre enthusiastischen und nur zu radikalen Anhänger.

Auch Lavaux hat die copiöse Irrigation der Blase ohne Katheter empfohlen. Neisser und Andere übten dieselbe und die der Harnröhre seit 15 Jahren mit den verschiedensten Mitteln. Aber es ist zweifellos das Verdient Janet's diese sporodischen Bemühungen seit 1892—'94 zu einer systematischen Behandlung erhoben zu haben. Er gebraucht, wie männiglich bekannt, eine warme Kalihypermanganicumlösung in der Stärke von 1:4000 bis 1:000 nach einem genau angegebenen Schéma. Den ersten Tag wird die Urethra anterior Mittags mit einer Lösung von 1:1000, und um 9 Uhr Abends mit einer solchen von 1:4000 irrigirt. Am zweiten Tage um 8 Uhr Morgens die Urethra anterior mit einer Lösung von 1:3000, und um 7 Uhr Abends dieselbe mit einer Lösung von 1:4000 irrigirt. Am dritten Tage die ganze Urethra Morgens mit 1:2000, Abends mit einr 1:4000 irrigirt. Am vierten Tage einmal die ganze Urethra mit einer Lösung von 1:2000. Am fünften Tage zweimal mit einer Lösung

[16]) Die local-antiparasitäre Behandlg. d. Harnröhrenblennorrh. Nach Lyon Méd. XLV. Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph. 1896; und später: Dose necessaire pour le traitement abortif de la blennorrhagie. Annal. de derm. et de Syph. 1889.

von 1:2000. Am sechsten Tage einmal mit 1:2000. Vom siebenten bis neunten Tage, Morgens, die Urethra anterior wieder mit einer 1:5000, und Abends endlich die ganze Urethra mit einer Lösung von 1:1000 irrigirt. Sollte diese erste Serie nicht den erwünschten Erfolg zeitigen, so sollte eine zweite Serie von 10 bis 12 Ausspülungen @ 1:1000 in 24stündigen Intervalen folgen. Die Höhe des Irrigators mit einem 5—6 Fuss langen Gummi schlauch sei nicht über 3 Fuss von der Urethra. Es gebraucht dazu durchaus keiner kostspieligen und imponirenden Apparate, irgend ein Irrigator genügt. Als Ansatz bedient man sich einer kurzen konischen oder stumpfgewölbten Glaskanüle, die das Orificium abschliesst. Zuerst wird die Glans abgespült, und hernach die vordere Harnröhr Abschnittweise bespült. Die Finger der linken Hand pressen die Urethra Stationenweise ab. Will man die ganze Urethra irrigiren oder eine intravesicale Irrigation machen, so müssen die Reflexspasmen des Compressors überwunden werden. Man ermöglicht das, indem man den Patienten tief einathmen heisst und wie zum Uriniren sich anschicken lässt. Oft gelingt dies nicht und der Compressor will sich nicht relaxiren, dann muss mit einer tiefen Cocaininjection nachgeholfen werden. Sobald sich die Nothwendigkeit zum Uriniren einstellt, hört man auf und lässt den Patienten seine Blase entleeren. Man kann diese Procedur ein bis zweimal wiederholen. Die paraurethralen Infectionsherde müssen vorerst zerstört werden.

Diese Methode der intravesicalen Irrigation Janet's hat zweifellos ihre Vortheile. Der hydrosatische Druck unter welcher die Flüssigkeit eindringt, ballonirt die Harnröhre, gleicht ihre Faltung aus und ermöglicht eine gründliche Reinigung. Ich schreibe den etwaigen Erfolg dieser Methode hauptsächlich diesem Umstande und nicht der specifischen Wirkung des Kaliumhypermanganicum zu, wie es einige zu enthusiastische Beobachter meinen. Dasselbe tödtet die Gonococcen nicht. Janet behauptet, dass es die Gonococcen tödte, eine Imbibition der Epithelien und seröse Secretion hervorrufe, durch welche die Gonococcen fortgeschwemmt und ein ihrem Wachsthum ungünstiger Nährboden geschaffen wird. Unter dieser Behandlung vermindern sich die Gonococcen oder verschwinden auch ganz, machen aber ihr Wiedererscheinen eben so bald als wie nach anderen Methoden. Der zurückbleibende postgonorrhoische Ausfluss muss gleichfalls dann erst noch mit Adstringentien behandelt werden.

Bei vorurtheilsfreier Kritik und gestützt auf die nun sehr zahlreichen Statistiken kann man dieser Methode, etwas ausserordentliches zu leisten nicht zuerkennen. Was vor Allem die von Janet als Hauptwirkung betonte seriöse Durchfeuchtung und Elimination betrifft, so ist es noch gar nicht so sicher ob dem so ist. Eine seröse Durchtränkung der Gewebe soll nach Paul Cohn[17]) eher das Wachsthum der Pilze befördern, als hindern. Weiteres wurden selbst von geübtester Seite, Oedeme, Harnverhaltung und Blutungen beobachtet. Selbst bei grösster Vorsicht sind derartige Zufälle nur zu häufig vorgekommen und haben auch den früheren Enthusiasmus des Vortragenden bedeutend gedämpft und endlich zum Verlassen der Methode gezwungen. Selbst ein erfahrener Spüler wie Chalot[18]) in Toulouse hat auf seiner Abtheilung zwei Blasenrupturen dabei erlebt, wovon einer mit tödtlichem Ausgange. Ich selber hatte mehrere Fälle von Cystitis und Entzündung des Blasenhalses mit Blutungen zu verzeichnen. Es ist doch eigentlich entgegen allen Anschauungen durch ein inficirtes Terrain Flüssigkeit in ein nicht inficirtes, in diesem Falle in die Blase, hineinlangen zu lassen, wo die Gefahr einer Fortschleppung von Keimen so leicht stattfinden kann[19]). Denn einmal ist das Kaliumhypermanganicum für den Gonococcus nicht parasiticid, und dann können trotz starken Spülstroms gelegentlich dennoch Keime in die Blase befördert werden. Eine gesunde Harnblase wird sich derer, so heisst es, wohl bald entledigen; aber wie wissen wir, ob in einem gegebenen Falle die Blase überhaupt gesund ist.

Wenn wir nach all dem noch in Betracht ziehen, dass der Patient fürs erste den Arzt zweimal täglich und später einmal zu besuchen hat, dass der Patient mit der Ausführung der Methode nicht betraut werden kann, und darf, dass manche Patienten beim besten Willen ihren Compressor nicht entspannen können, dass die plötzliche Aufblähung der Harnröhre eine schmerzhafte Procedur ist, dass die Dauer der Behandlung — mit einigen Ausnahmen, die es bei jeder Methode gibt, — nicht besonders abgekürzt erscheint, und dass die Gonococcen nicht mit der absoluten Sicherheit, die eine andere Methode verleiht, abgetödtet werden und verschwinden, so sehe ich mich veranlasst, trotz der Gefahr

[17]) Zur Frage d. Gon. Behandlg. Dermat. Centralbl. No. 5. 1898.

[18]) Monatshefte über d. Gesammtleist. auf d. Gebiete d. Krankh. des Harn- u. Sexual-Apparates. Bd. 4. 1898.

[19]) Mendozza ibid.

als Ketzer angesehen zu werden, diesem Verfahren nicht jene sichere abortive und curative Eigenschaften zuzuschreiben, wie sie von den überenthusiastischen Anhängern ihr so einseitig zugedacht wird.

Wenn wir nun im Gegensatze zu diesen Nachtheilen eine Methode besässen, die uns mit einem sicheren Parasiticidium beschenkt, mechanisch nicht gefährlich, chemisch nicht reizend ist, cito tuto und jucunde wirkt, und im Punkte praktischer Durchführbarkeit nichts zu wünschen übrig lässt, so glaube ich, dass wir in einer solchen Methode Alles das finden sollten, was wir bei dem gegenwärtigen Stand unseres Wissens zu verlangen berechtigt sind.

Eine solche besitzen wir in den von Neisser angegebenen protrahirten Protergolinjectionen. Wir wissen, dass die neuen Silbersalze ihre chemische Eigenschaften nicht verändern wenn sie mit Schleimhäuten in Berührung kommen. Sie sind daher im Stande, direct auf die Epithelien einzuwirken. Diese chemische Beständigkeit befähigt sie in das subepitheliale Gewebe zu dringen und daselbst ihre parasiticide Eigenschaft in einer Localität zu entfalten die sonst für andere diese Eigenschaft der Penetrationsfähigkeit nicht besitzende Mittel verschlossen ist. Protargol besitzt diese hervorragende Eigenthümlichkeit. Dasselbe bildet ein gelbliches, feines Pulver, das sich leicht im kalten, wie im heissen Wasser durch Umschütteln lösen lässt. Es ist eine chemische Verbindung des Silbers mit einem Proteinstoff. Es unterscheidet sich vom Argonin, welches 4.2 Procent Argent. nitr. enthält, dass seine Lösungen klar bleiben. Es enthält 8.3 Procent Argent. nitr., und steht an Silbergehalt zwischen jenem und dem Argentamin, welches 10 Procent Arg. nitr. etnhält. Das Argonin, besonders aber das Protergel, haben die geringste Reizwirkung und passen daher für die acutesten Fälle. Das Argentamin wirkt stärker reizend, hat aber dafür die stärkste antibacterielle Kraft und grösste Tiefenwirkung. Seine Indication findet es daher in chronischen Fällen, wo ein entzündungserregendes Mittel oft von grossem Nutzen ist, indem es eine provokatorische Secretion hervorruft und eliminirend wirkt. Das Argonin wird in 1—4 Procent, das Argentamin in einer ¼ bis 1 proc. Lösung gebraucht. Von den anderen Silbersalzen wie Itrol, u. s. w. will ich hier absehen.

Als das Protargol die anderen Silbersalze verdrängte, that es dies in Folge seiner, keinem anderen Silbersalze in ähnlichem Maasse zukommenden Tiefenwirkung. Und diese ist bedingt

durch die Eigenschaft, dass die wässerige Lösung weder durch Eiweiss, noch durch verdünntes Chlornatrium, weder durch verdünnte Salzsäure, noch durch Natronlauge gefällt wird. Schwefelammonium färbt die Lösung dunkler, ohne jedoch eine Fällung hervorzurufen. Concentrirte Salzsäure ruft Fällung hervor, nicht aber von Chlorsilber, sondern von Protergol selbst, das nach Zusatz grösserer Mengen Wassers wieder in Lösung geht[20]). Es ist demnach leicht verständlich, dass ein Mittel, welches mit den normalen Gewebsflüssigkeiten keine unlöslichen Verbindungen eingeht, von ihnen, selbst bei längerem Contact, nicht gefällt wird, eine Wirksamkeit und eine Tiefenwirkung besitzen muss, dessen sich kein bisher bekanntes Mittel rühmen kann. Wenn wir weiters in Betracht ziehen, dass es in der gebräuchlichen Concentration (¼ bis 1 proc. Lösungen) kein nennenswerthe Reizwirkung ausübt, dass es die Gonococcen mit absoluter Sichreheit tödtet, dass wir seine Einwirkung auf die Schleimhaut verlängern können, ohne dass es an seiner Concentration oder Tiefenwirkung Einbusse erleidet, dass Complicationen oder Gefahren, wie sie bei der Janet'schen Methode vorkommen, schon der Art der Anwendungsweise nach unmöglich sind, dass es den practischen Zwecken der Gonorrhoe-Behandlung auch sonst vollkommen entspricht, — so müssen wir eingestehen, dass wir im Protergol ein Mittel besitzen, welches jede Indikation erfüllt die wir an ein ideales Antigonorrhoicum zu stellen berechtigt sind! —

Wenn man nur gehörig die verschiedenen Stadien des gonorrhoischen Processes von einander unterscheidet, so wird man auch zu den günstigsten Resultaten gelangen. Es sind dies die Stadien der Gonococcen-Invasion, das aseptische Stadium nach dem Schwinden der Gonococcen und der durch sie gesetzten Schleimhaut-Läsionen, welches den postgonorrhoischen Ausfluss erzeugt; und das Stadium der Secundärinfection. Diese Eintheilung der Franzosen ist eine zweckentsprechendere als die bisherige, welche eine acute, subacute und chronische Gonorrhoe unterschied. Man wird daher im ersten Stadium der Gonococceninvasion einzig allein bacterielle, im zweiten, im aseptischen Stadium, Adstringentien anwenden. Im dritten, im Stadium der Secundärinfection, ist von Injectionen nichts zu erwarten, da

[20]) Zur Behandlung der acuten Gonorrhoe. Ein neues Silberpräparat: Protargol. Prolongirte Injectionen. Dermat. Centralbl. No. 1. 1897.

tritt die locale Behandlung per Endoscop und die Dehnungen mit den Kollmann'schen Dilatatoren, und unser altes Höllenstein in ihr Recht, hier brauchen wir eine Aetzwirkung, welche das Protargol nicht hat, der Höllenstein aber besitzt, indem er von den Chloriden und Albuminaten der Gewebe gefällt wird.

Im Besitze von Mitteln die den Gonococcus direct vernichten hat der Standpunkt des Zuwartens aufgehört ein wissenschaftlicher zu sein. Und Finger, gewiss einer der bedeutendsten Forscher in der Gonorrhoelehre, drückt sich in Bezug des Protargols wörtlich wie folgt aus[21]): „Mein früherer Standpunkt hat keine Berechtigung gegenüber einer rein antiseptischen Therapie.... Hätten wir ursprünglich den Satz aufgestellt, die locale Behandlung der acuten Gonorrhoe mit Adstringentien und antiseptischen Adstringentien sei im Beginne und dem acuten Stadium frischer Gonorrhoe contraindicirt, und in das zweite, subacute Stadium des Processes zu verweisen, so haben wir den reinen Antisepticis gegenüber keine Veranlassung diesen Standpunkt aufrecht zu halten, im Gegentheil, diesen gegenüber heisst es: „je früher, je lieber!"

Es ist hier nicht am Platze statistische Daten zu bringen. Dieselben sind in vielen Arbeiten niedergelegt. Ich möchte nur aus der stattlichen Reihe einige hervorheben. In dem am 31. Mai, 1. und 2. Juni 1898, in Strassburg abgehaltenen VI. Congress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft berichten unter Anderen: Neisser; dann Joseph, Frank, Bluschko (Berlin) über die günstigen Resultate mit Protargol und dessen nahezu specifische Wirkung bei Gonorrhoe. Barlow[22]) berichtet von vorzüglichen Erfolgen mit Protargol nach der Neisser'schen Methode. Der Process blieb häufiger auf Urethra anterior beschränkt, als nach anderen Mitteln. Welander[23]) sieht in dem Protargol ein besonders kräftiges gonococcentödtendes Mittel. Kein Mittel gleiche ihm an intensiver Wirkung und Reizlosigkeit. Es ist ein nahezu unfehlbares Präservationsmittel, besonders bei einer Abortivbehandlung in 3procentiger Lösung 3 Mal täglich je 10 Minuten. Bei Gonorrhoe post. in ½ proc.

[21]) Finger: Ueber das Protorgol als Antigonnorrhoicum. Die Heilkunde, März 1898.

[22]) Münchener med. Wochenschr. 1897, 45—46.

[23]) Arch. f. Derm. und Syph., Bd. 43—44.

Irrigation sei es dem Kali hypermangan. überlegen. Ruggles[24]) berichtet aus der Frank und Lewin'schen Poliklinik, Berlin, in 15 Fällen schwanden die Gonococcen 6 mal nach 1 Tage, 5 mal nach 2 Tagen, 2 mal nach 3 Tagen, in je 2 Fällen nach 4 Tagen. In 2 Fällen war ein Erfolg nicht zu verzeichnen, wahrscheinlich in Folge einer complicirenden Prostatitis gon. E. Frank[25]), Berlin, bestätigt diese ausserordentlichen Erfolge bei einem Material von 100 Patienten. Aehnliches berichtet Schwerin[26]) aus der Wossidlo'schen Poliklinik, Berlin. Goldenberg[27]), New York, empfiehlt das Protargol warm und als das beste Mittel bei Urethritis gon. anterior in 1 proc. Lösung 3 mal tägl. 10 Minuten. Bei Urethritis posterior macht er selbst tiefe Injectionen mit grosser Spritze oder Guyon'schen Instillateur. Stark-Thorn[28]), Kreissl[29]), Chicago, Colombini[30]), der noch nie so constante, schnelle und sichere Resultate gesehen wie vom Protargol. · Rosenthal[31]), Berlin, Niebergal[32]), Deneffe[33]) und Andere rühmen es besonders bei Ophthalmogonorrhoe geradezu als Specificum. Somogy[34]), Budapest, betont in einer Revue über 100 Fälle, dass die klin. Anwendung des P. nicht auf Hypothesen, sondern auf dessen chemischen, physikalischen und physiologischen Eigenschaften beruht, preisst er als sicheres Heilmittel bei acut. Gon. an.

Wir sehen also, dass die Gonorrhoelehre erst durch Neisser's Untersuchungen zu einer Exacten wurde. Ursache und Wirk-

[24]) Centralbl. f. d. Kr. d. Harn- und Sex.-Org., Bd. 8. Ergänzungsheft.

[25]) Berl. klin. Woch. 1898, No. 9.

[26]) Deut. med. Woch. 1898. Therap. Beilag. 3.

[27]) N. Y. Med. Journal, 1898, Jan. 22.

[28]) Zur Behandlung des Trippers mit Protargol. Monatsh. f. pract. Dermat., Bd. X und VI., 7.

[29]) Bemerk. z. Beh. d. acut. Gon. m. Protargol. Dermatol. Centrlbl. 6. 1897—'98.

[30]) Colombini, Siema: Ueber d. Behandlg. d. acut. blennorrh. Urethrit. mit Protargol. Klin. therap. Wochenschr. No. 30. 1898.

[31]) Deut. med. Zeitg. 41, 1897.

[32]) Zur Behandlung d. Gon. insbes. mit Argonin und Protargol. Deut. Militärärztl. Zeitschr. XXVII, H. 6.

[33]) Protargol en Ophtalmologie. Le Scalpel 41, 10. IV. 1898.

[34]) Das Protargol als Antigonorrhoicum. Pest. med. chir. Presse, Jahrg. 36, No. 40. 1898.

ung stehen in Causalnexus und die therapeutischen Eingriffe müssen nothwendigerweise zielbewusste sein, solange dieselben sich auf die Morphologie und Biologie des Gonococcus stützt. Um diesen allein handelt es sich, und um nichts sonst. Ihn durch eine Antibacterielle aetiologische Frühbehandlung zu tödten ist die einzige Aufgabe. Eine schnelle und sichere Heilung der acuten Gonorrhoe, wie sie die Silbersalze besonders, aber das Protargol ermöglicht, ist das Endziel unserer Bestrebungen zur Bekämpfung des gegenwärtigen und das beste Präventativ gegen postgonorrhoischen Läsionen und Secundärinfectionen der Zukunft. Neisser will nicht den Ausfluss heilen, sondern die Gonococcen tödten. Dass das Protargol auch eine Heilwirkung auf den Katarrh der Harnröhrenschleimhaut ausüben könnte, wäre ja möglich und ist auch augenscheinlich der Fall. Der Ausfluss oder das sog. aseptische Stadium kann zugegen sein, und wenn nicht dem Protargol, so anderen Mitteln weichen; aber die Gonorrhoe ist geheilt wenn die Gonococcen vernichtet sind. Und das ist das Axiom der Neisser'schen Lehre.

Es muss verstanden werden mit dem Protargol umzugehen. Es muss so injicirt werden, dass es vor allem mit der ganzen Schleimhautoberfläche in Berührung kommt. Da die Durchschnittscapacität der vorderen männlichen Harnröhre, d. i. vom Orificium bis zum Compressor etwa 1½—2 Drachmen ist, so ist es am zweckmässigsten eine Spritze zu benützen die von 2½ bis 4 Drachmen enthält. Dieser Ueberschuss mit der den zärtesten Druck folgenden Stempelspritze wird die Urethra ant. allmälig ausdehnen und ihre Falten ausglätten. Die Spritze hat am besten einen olivenförmigen Ansatz aus Glas, Hart- oder Weichgummi; dieselbe sei aus Glas und in einer Hartgummimontirung. Die Injection sei eine p r o l o n g i r t e, d. h. sie soll nach der Originalvorschrift Neisser's dreimal am Tage vorgenommen worden, nachdem der Patient vorher urinirt und möglichst viel Secret aus der Urethra entfernt hat. Bei zwei dieser Injectionen bleibt die Flüssigkeit nur 5 Minuten in der Harnröhre, das dritte Mal aber wird sie 30 Minuten zurückbehalten. Schon nach wenigen Tagen kann man dann nur eine prolongirte Injection machen, eventuell benützt man, wenn der Ausfluss beinahe oder ganz Gonococcenfrei ist, für die anderen zwei kurzen Injectionen antiseptische Adstringentien, wie eine 2½proc. Bism. Subnitr. Mischung, oder eine ½proc. Zink-Sulfo-Carbollösung u. s. w. Hauptsache bleibt die Bequemlichkeit der Behandlung verbunden mit der Sicherheit. Die Schnelligkeit, so wünschenswerth

sie ist, muss der Sicherheit weichen, welche die antibacterielle Behandlung wie keine andere bietet. Unter microscopischer Gonococcen-Controlle soll die Protargolbehandlung, räth Neisser, lange, scheinbar überflüssig lange sorgfältig durchgeführt werden. Die absonderlichen Vorzüge und Versprechungen der Spülmethode können einer vorurtheilslosen Kritik nicht Stand halten. Vor Secundärinfection können nur bactericide Mittel schützen — sonst nicht.

Sollten die das Orificium zupressenden Finger ermüden, so kann man die Flüssigkeit herauslaufen lassen und gleich hernach wieder injiciren. Man kann jedoch den Vorgang so modificiren, dass man 3 mal tägl. @ 20 Min. oder 6 mal tägl. — je mehr desto besser — @ 10 Min. injicirt. Uebrigens hat Schiff-Stockmann kleine Apparate zum Verschluss der Urethra angegeben.

Resumé. Sofortige Behandlung.

Prolongirte Injectionen mit Protargol vermittelst einer 10 bis 15 Ccm. fassenden Stempelspritze.

Microscopische Untersuchung für Gonococcen mindestens jeden zweiten Tag.

Injectionen sind fortzusetzen bis die Gonococcen verschwunden sind und darüber.

Adstringentien gegen den postgonorrhoischen Ausfluss sind selten nöthig, indem das Protargol auch adstringirend wirkt, oder man gebraucht die eben genannten Mittel.

Wenn die Urethra posterior ergriffen ist, so beriesele man dieselbe mit einer ¼ bis 1proc. Protargollösung, die hierzu nöthige Erschlaffung des Compressors kommt bei der protrahirten Injection bald zu Stande. Eventuell Instillationen von Arg. nitr.

Protargol in dieser Weise gebraucht, heilt die Gonorrhoe, oder richtiger, tödtet die Gonococcen rascher und verhindert Complicationen sicherer als alle anderen Methoden.

Aeusserliche Anwendung der Kohlensäure wieder neu aufgenommen.*)

Von

Dr. A. Rose.

Um nicht zu wiederholen, was ich vor kurzem über die Chemie der Athmung veröffentlicht**) in einem Artikel, welcher hauptsächlich das zusammenstellte, was die wichtigsten Forscher über diesen Gegenstand, nämlich Zuntz, Pflüger, Alexander Schmidt, Fredericks, Setchenow, Walter und Holmgren geschrieben, und auch um nicht hier von Neuem zu wiederholen, was ich über die Heilwirkungen der Einführung der Kohlensäure in's Rectum gesagt, wird dieser Vortrag hauptsächlich solche Thatsachen bringen, die ich in der Literatur des 17., 18. und der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts aufgezeichnet fand. Das Material für diese kleine Arbeit entnahm ich Büchern der Bibliothek unserer Academy und Büchern, die mir aus der Surgeon General's Library in Washington geliehen wurden. Es sind noch einige Werke nachzusehen, die ich nicht erlangen konnte, weil sie zu denen gehören, die von der genannten Bibliothek in Washington nicht ausgeliehen werden, da es schwierig oder unmöglich sein würde, sie zu ersetzen im Fall sie verloren gehen würden.

Von eigenen Beobachtungen habe ich wenig zuzufügen, aber selbst dies wenige wird dazu dienen, zu zeigen, dass Heilmittel, die schon einmal beliebt gewesen und wieder vergessen worden sind, verdienen mögen, wieder an das Licht gebracht zu werden, besonders wenn neue Beobachtungen und Forschungen uns gelehrt haben ihre Wirkung besser zu verstehen, und wenn neue technische Vervollkommnungen uns befähigen, sie in leichterer Weise und mit mehr Nutzen anzuwenden.

Es ist wahr, ich habe nichts Neues zu bieten, aber immerhin etwas, was für Sie Alle neu sein mag. Ich weiss durch meine Anfragen unter den am besten belesenen Collegen, z. B. unter Spe-

*) Vortrag, gehalten vor der Section on Medicine, New York Academy of Medicine, January 17, 1899.

**) Carbonic Acid Gas; its Physiological Action and Therapeutic Effect, as seen in Emphysema of the Lungs, Anaemia, Whooping Cough. Dysentery and Impotence. Medical News, Oct. 29 and November 5, 1899.

cialisten für Augen-, Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, dass ihnen nicht bekannt war, dass Kohlensäure-Gas früher ein Mittel gegen eine Anzahl von Augen-, Ohren-, Nasen- und Halsaffectionen gewesen.

Die äusserliche Anwendung der Kohlensäure zu Heilzwecken lässt sich auf die ältesten Zeiten zurückführen. Wir alle haben von dem Stein von Memphis gehört, der pulverisirt in Essig aufgelöst und auf Körperstellen angebracht wurde die man empfindungslos machen wollte. Dioskorides und Plinius sprechen von diesem Stein. Paracelsus gebrauchte Kohlensäure, die er Spiritus sylvestris nannte. Robert Boyle entdeckte — im 17. Jahrhundert — die antiseptischen Eigenschaften des Gases. Während des 18. Jahrhunderts bedienten sich die englischen Aerzte sehr viel desselben, bemerkenswerth hierüber sind die Schriften von Percival, Priestley, Dobson, Ingenhouse. Die Methoden der Erzeugung und der äusserlichen Anwendung des Gases waren sehr primitive. Der Körpertheil, auf den eingewirkt werden sollte, wurde über die Oeffnung eines Gefässes gehalten in dem das Gas zur Entwickelung kam. Manchmal wurde eine Blase mit Kohlensäure gefüllt, und von dieser Blase aus wurde sie auf den zu behandelnden Körpertheil geleitet. Immer war die Anwendung auf eine kleine umschriebene Oberfläche beschränkt.

Percival lobt den Einfluss auf scorbutische Geschwüre. Besonders bemerkenswerth für uns ist die Thatsache, dass er Ozaena durch örtliche Anwendung von Kohlensäure erfolgreich behandelte. Das Gas wurde durch Röhren in die Nasenhöhlen geleitet. Er sagt, dass dieses Mittel das beste sei, den üblen Geruch der Ozaena zu beseitigen. Nach Percival haben es viele Schriftsteller für die Behandlung von Ozaena empfohlen, doch in der neuesten Literatur über Nasenkrankheiten ist es unerwähnt geblieben.

Kohlensäure erzeugt auf Schleimhäuten einen hyperämischen Zustand. Es lässt sich dies an den Schleimhäuten des Gaumens und Mundes beobachten. Nach Binz trat dies sehr deutlich auf der Magenschleimhaut eines Hundes mit einer Fistel hervor; es war hier um so auffallender, weil dem Hunde vorher Blut entzogen und dadurch die Schleimhaut anämisch gemacht worden war. Dieselbe Beobachtung machte Dr. Freudenthal in Fällen von Rhinitis atrophicans, die er die Freundlichkeit hatte, auf meinen Vorschlag hin mit Kohlensäure zu behandeln. Dr. Gleitsmann gestattete mir, meinen einfachen Apparat zur Er-

zeugung von Kohlensäure im Deutschen Dispensary einzuführen, und ich erfuhr von Dr. Horn, einem der Aerzte dieser Anstalt, dass er günstige Wirkung bei Behandlung von Ozaena damit erzielt habe. Demarquay schreibt: Die Gas-Douchen beschränken und heilen rasch die krankhaften Absonderungen der Schneider'schen Membran. Da wo der krankhafte Zustand durch ein Knochenleiden verursacht ist, muss die Behandlung längere Zeit fortgesetzt werden, aber sie ist immer erfolgreich, ausgenommen wenn es sich um Syphilis oder Krebs handelt. Unter dem Einfluss der Douchen vermindert sich die krankhafte Secretion der Schneider'schen Membran und der üble Geruch verschwindet.

Aus meiner eigenen Beobachtung kann ich hinzufügen, dass ich beständig günstige Erfolge dieser Behandlung in acuter Rhinitis hatte. Die erste Wirkung in diesen Fällen ist der des Cocains ähnlich, insofern als sofortige Erleichterung eintritt, aber diese Erleichterung, die man durch Kohlensäure erzielt, ist von längerer Dauer als die durch Cocain bewirkte. Vor ungefähr einem Monat war ich selbst mit einem recht heftigen Schnupfen behaftet, seit einigen Tagen hatte ich häufig Tag und Nach Cocainlösung in die Nase eingeführt, um durch die Nase athmen zu können. Dann bediente ich mich der Kohlensäure-Douche, und e i n e Application gab mir Erleichterung, die den ganzen Tag anhielt; Nachmittags wiederholte ich das Mittel und konnte nun zum ersten Mal wieder die ganze Nacht durch mit geschlossenem Munde schlafen. Zwei oder drei weitere Anwendungen heilten mich vollständig. Aehnliche Erfahrungen habe ich bei Kindern, ja sogar in dem Falle eines Säuglings, gemacht.

Demarquay sagt: Patienten, die angebornen Mangel des Geruchssinnes haben, können keinen Vortheil von der Anwendung der Douchen erwarten, aber da wo die Anosmia die Folge von Erkrankung der Fossae nasales ist, stellen die örtlich angewandten Douchen, dadurch, dass sie die Mucosa stimuliren und die Empfindlichkeit erhöhen, gewöhnlich den physiologischen Zustand wieder her.

Percival gebrauchte Kohlensäuregas bei krebsigen Geschwüren. Seine hochgespannten Hoffnungen in dieser Richtung wurden nicht erfüllt, aber es gelang ihm, die Absonderungen zu mässigen, den üblen Geruch zu beseitigen, den Schmerz zu mildern. Er selbst litt an einem schmerzhaften Geschwür an der Zungenspitze und fand durch die Anwendung der Douche Erleichterung, nachdem andere Mittel erfolglos gewesen.

White, ein anderer englischer Arzt des 18. Jahrhunderts, der Verfasser eines Buches über Geburtshülfe, empfahl die örtliche Application des Gases bei Croup, und desgleichen Henry, Dobson, Percival, Warren, Lee, Rotheram und andere. Dobson gebrauchte das Mittel mit Erfolg bei phagedänischen Geschwüren. Derselbe Arzt lobte es bei Variola. Er liess Kinder, die an dieser Krankheit litten, entkleidet über eine Brausemischung von Citronensaft und doppelt kohlensaurem Natron halten, und so das Gas nach und nach auf die verschiedenen Körperregionen einwirken.

Nachdem die äusserliche Anwendung der Kohlensäure so vielfach in England in Gebrauch gekommen, schenkten auch französische Aerzte derselben ihre Aufmerksamkeit, aber sie waren weniger enthusiastisch. Dies lässt sich aus dem Umstand erklären, dass sie zu viel von dem neuen Mittel erwarteten, sie glaubten, dass es Krebs heilen würde. Immerhin erhielt im Jahre 1777 Champeaux, ein Chirurg von Lion, den Preis der Academie der Chirurgen von Paris für eine Abhandlung über die äusserliche Anwendung der Kohlensäure bei verschiedenen Geschwürsformen. Es erschienen zu jener Zeit in Frankreich auch andere Schriften über diesen Gegenstand, eine von Rozier im Jahre 1776, eine andere von de Lalouette im Jahre 1778, aber von dieser Zeit an bis zum Jahre 1834 ist wenig oder nichts Bemerkenswerthes in dieser Richtung geschrieben worden. Im Jahre 1834 veröffentlichte Mojon von Genua seine Erfahrungen mit dem Gas in der gynäcologischen Praxis.

Während des fünften Decenniums unseres Jahrhunderts machten Verneuil, Broca, Demarquay in Frankreich, Simpson in Schottland, ausgedehnten Gebrauch von Kohlensäure in gynäcologischer und chirurgischer Praxis.

Für eine Zeit lang kam das Gas in Folge eines Ereignisses, das in Scanzoni's Klinik sich zutrug, in Verruf. Eine schwangere Frau hatte Vaginaldouchen von Kohlensäure erhalten und starb. Scanzoni schrieb ihren Tod dem Eintritt von Kohlensäure in die Uterinhöhle zu. Die Versuche von Claude Bernard und anderer französischer Forscher, von denen ich in einem früheren Artikel gesprochen, legten dar, dass Scanzoni's Anschuldigung des Gases auf Irrthum beruhte, auch veröffentlichten Breslau und Vogel im Jahre 1858 in der „Wiener medicinischen Wochenschrift" eine Reihe interessanter Versuche, die sie an schwangeren Kaninchen angestellt hatten, und bewiesen, dass Vaginaldouchen von Kohlensäure durchaus keinen schädlichen Einfluss hervorbringen, dass weder Foetus noch Kaninchen irgend welchen Nachtheil

davon erfuhren. Diese Forscher behaupten, dass solche Vaginaldouchen den schwangeren Frauen ungefährlich seien, dass sie weder das Leben der Mutter noch das Leben des Kindes gefährdeten.

Dirüff, dessen Bemerkungen als noch nicht vorher veröffentlicht in Demarquay's Buch „Essai de pneumatologie médicale, Paris 1866", angeführt sind, sagt: Die Kohlensäurebäder, welche an verschiedenen Badeplätzen in Deutschland gegeben werden, sind dafür bekannt, dass sie einen sehr guten Erfolg erzielen bei der Behandlung solcher Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Nervensystems, welche den gewöhnlichen Behandlungsmethoden Widerstand leisten. Den besten Erfolg hat man mit diesen Bädern in solchen Fällen von chronischem Rheumatismus und Gicht, in denen noch keine permanenten anatomischen Veränderungen bestehen. Es giebt Kranke dieser Art, deren Haut keinerlei Art von Wasserbädern erträgt, die auf die trockenen Gasbäder angewiesen sind.

Rotureau*) sagt: Die Kohlensäuregasbäder sind erfolgreich angewandt worden in rheumatischen Erkrankungen. Die schwerste Form von Rheumatismus ist vielleicht die Lähmung; die Gasbehandlung gegen diese Form ist vom wichtigsten Einfluss. Von allen Formen der Lähmung ist es die Paraplegie, welche unter dieser Behandlung am schnellsten und am vollständigsten geheilt wird. Gelähmte, die mit unbeweglichen unteren Gliedmassen nach Nauheim kommen, werden dieser Behandlung unterworfen. Selbst in Fällen vollständiger Unbeweglichkeit kehrt die Beweglichkeit von Tag zu Tag ein wenig mehr zurück, derartig bemerkenswerth, dass der Einfluss jedes Bades beobachtet werden kann. Ein Fall betraf einen Rheumatiker, der für Jahr und Tag unfähig gewesen war, seine Beine zu gebrauchen. Die Bäder wirkten so ausgezeichnet, dass er nach dem fünfzehnten gehen konnte. Es ist erstaunenswerth, welch mächtigen Einfluss die Bäder in Fällen von hysterischer Lähmung haben. Rotureau bemerkt hierzu jedoch, dass das, was er von der Wirkung der Bäder von Nauheim sagt, sich nicht auf solche Lähmungen bezieht, die eine Folge von organischer Gehirnerkrankung sind.

Gewisse chronische Neuralgien, so z. B. Tic douloureux, Sciatica, sind erfolgreich durch die Bäder und Gasdouchen behandelt worden, in Fällen in welchen man zahlreiche andere Mittel für lange Zeit erfolglos gebraucht hatte. Alle Beobachter stim-

*) Etudes sur les eaux de Nauheim. 1856.

men dem bei, namentlich in Bezug auf Sciatica, mit Ausschluss jedoch derjenigen Fälle, in welchen vorgeschrittene organische Veränderungen die Ursache waren.

Wir lernen aus der Literatur der Mitte unseres Jahrhunderts, dass Gasdouchen von Vortheil und Nutzen sind in oculo-palpebraler Entzündung, dass die Behandlung eine verschiedene sein muss, je nachdem es sich um eine acute oder chronische Form handelt. Bei acuter Conjunctivitis wird die Douche zuerst auf die Augenlider gerichtet, weil die unmittelbare Anwendung Schmerz verursacht und die Entzündung steigert. Die Gasdouche soll so lange angewendet werden, bis sich die Augenlider röthen; Besserung beobachtet man selbst in den acutesten Fällen. Die Wirkung tritt rasch ein: Photophobie, Dakryorrhoe, Lagophthalmie und die Anschwellung der Augenlider verschwinden. Die Douchen bieten ein werthvolles Hülfsmittel in der Behandlung chronischer Conjunctivitis. Auch zur Behandlung tiefer gehender Entzündungen wie Keratitis, selbst wenn sich schon ein Geschwür entwickelt hat, ist diese Douche zu empfehlen. Es wird behauptet, dass in vasculärer oberflächlicher und selbst in interstitieller Conjunctivitis Besserung schon nach der ersten Anwendung der Douche eintrat. Noch vieles ist in der Literatur der Zeit unserer Väter über Behandlung der Keratitis mittlest der Gasdouchen zu finden, aber wir mögen uns darauf beschränken, die Aufmerksamkeit auf die Thatsache gelenkt zu haben, dass diese Behandlung geübt und wieder verlassen worden ist, ob mit Recht oder Unrecht, das zu entscheiden, wird von den Ergebnissen neuer Versuche der Ophthalmologen abhängen, wenn sie überhaupt die Sache des Versuches werth halten. Demarquay spricht ferner sehr enthusiastisch über die Behandlung von Amaurosis mittelst Kohlensäuredouchen und sagt, dass der Erfolg dieser Behandlung die grösste Aufmerksamkeit erweckt hat. Auch in Bezug auf Behandlung von Ohrenkrankheiten, gewisser Formen von Taubheit, und besonders viel in Bezug auf Hautkrankheiten wird des Gases Erwähnung gethan.

Einen sehr günstigen und raschen Erfolg rühmen die Schriftsteller von der Anwendung der Kohlensäure in gewissen Fällen von Cystitis und Blasenneuralgie. Broca's Schrift über diesen Gegenstand, welche im „Moniteur des Hôpitaux" 1857 erschien, war eine von denjenigen, welche ich aus den angeführten Gründen nicht geliehen bekommen konnte. Demarquay indessen theilt eine grosse Anzahl von Beobachtungen mit, die ersehen lassen, dass die Kohlensäure zu den besten Palliativmitteln und Adju-

vantien gehört. Er berichtet über den Fall einer Frau von 30 Jahren, die an Blasenneuralgie ohne bekannte Ursache litt. Die Kranke hatte häufige Anfälle, etwa 20 am Tage, die fünf bis zehn Minuten dauerten; täglich zweimalige Einführung von Kohlensäure in die Blase brachte baldige Besserung. Am 4. Tag dieser Behandlung hatte die Kranke nur 3 Anfälle und war nach 15tägiger Behandlung vollständig geheilt. Ehe man die Gasdouchen angewandt, waren verschiedene Antineuralgica ohne Erfolg versucht worden. Demarquay spricht von den günstigen Erfolgen in der Behandlung von Cystitis. In allen Fällen bewährte sich die Kohlensäure als ein Sedativ von ganz eigner Art. Zuerst erzeugt sie einen auffallenden Reiz von kurzer Dauer, welcher, so lange er anhält, die Erscheinungen der Entzündung, welche schon bestehen, zu verschlimmern scheint — dieses mag seine Ursache darin haben, dass die Kohlensäure einfach wie ein Fremdkörper wirkt — darauf, in Folge der Leichtigkeit, mit der sie von der Schleimhaut der Blase absorbirt wird, bringt sie Analgesie hervor. Demarquay beschreibt die verschiedenen Methoden der Anwendung, die beste scheint die mittelst eines Gummibeutels, der 300 bis 400 ccm. Kohlensäure hält, an dem ein gewöhnlicher Katheter angebracht ist, zu sein. Mondollot bediente sich zum Zweck der Füllung der Blase mit Kohlensäure eines doppelläufigen Katheters. Gebraucht man einen solchen, so muss man Acht geben, dass das Gas langsam einströmt, zugleich hat man genau das Hypogastrium im Auge zu behalten, um einer Ueberfüllung der Blase vorzubeugen. Solch ein übler Zufall kann sich ereignen, wenn eines der Augen des Katheters durch Schleim verstopft ist, und in der That, dies geschah in Demarquay's eigener Praxis in einem Fall von Cystitis. Der Kranke stiess plötzlich einen Schrei aus und sagte, dass seine Blase geborsten sei. Und so war es auch. Wenn statt der Kohlensäure atmosphärische Luft eingeführt worden wäre, sagt Demarquay, so würde ich erschrocken gewesen sein, da ich aber wusste, mit welcher Leichtigkeit die Schleim- und die serösen Häute das Gas absorbiren, und da ich wusste, wie harmlos es ist, wenn es in die Gewebe eindringt, so fürchtete ich keine besondere schlimmen Folgen. Innerhalb zwei Stunden, während der Kranke in Folge der Zerreissung der Blase etwas Schmerz erlitten, war das Gas allmälig absorbirt worden.

Wie wir sehen, wurde die örtliche Anwendung der Kohlensäure in der Form von Gasbädern und Gasdouchen in recht ausgedehntem Maasse geübt, ohne dass jedoch für diese Art der

Balneotherapie ein rationelles System aufgestellt worden wäre. Man findet wenigstens keine Angabe von bestimmten, auf genau controllirten Beobachtungen gestützten Gebrauchsanweisungen. Immerhin muss man annehmen, dass die Empfehlungen, die sich in der Literatur finden, eine Begründung haben, da es nicht in Abrede zu stellen ist, dass das Gas eine bestimmte Wirkung ausübt.

Wenn der Kranke sich im Bad befindet, so beschleunigt sich sein Puls anfangs, nach einer halben Stunde Aufenthalt in demselben wir er jedoch verlangsamt. Das Gas erzeugt ein Gefühl der Wärme auf der Haut, ein mildes Jucken und Röthe, besonders an den Partien die besonders nervenreich sind, wie z. B. dem Scrotum; in nicht wenigen Fällen tritt Schweiss ein. Harndrang und Harnmengeabsonderung sind gesteigert, auch eine Vermehrung der Urea im Urin wird angegeben. Bei Frauen werden durch fortgesetztes Baden die Katamenia reichlicher. Der Kranke fühlt sich Stundenlang nach dem Bade angenehm erregt und freier in allen Bewegungen. Ich kann dies letztere durch eigene Erfahrung bestätigen. Die Empfindung nach dem Bade ist der zu vergleichen, die man hat, wenn man an einem heissen Sommertage die kühle Seeluft geniesst.

Um diese Wirkung zu erklären, möge mir gestattet sein, zu wiederholen, was ich in meinem oben erwähnten Artikel angeführt, als ich von der Bedeutung der Kohlensäure im thierischen Organismus und dem Antheil der ihr in der Chemie der Athmung zukommt, sprach. Es scheint, dass das Gas, mag es in das Rectum eingeführt oder, wie im Bade, auf die Haut applicirt sein, absorbirt wird, durch die Venen passirt, in die Lungenalveolen eintritt, und von dort, dem physikalischen Gesetze gehorchend, in der Richtung nach dem Lumen diffundirt. Die Diffussion der Gase in den Alveolen ist bei vermehrter Kohlensäurezufuhr über das Normale erhöht, d. h. mehr als der normale Betrag von Sauerstoff wird eingenommen und mehr als der normale Betrag von Kohlensäure ausgeschieden, die Ventilation der Luftwege wird verstärkt. Das Endresultat ist, dass mehr Sauerstoff in das Blut und die Gewebe gelangt. Dass dem so ist, scheint durch die Beobachtungen Ephraim's bestätigt zu sein. Er behandelte eine Anzahl chlorotischer Mädchen mit Kohlensäure-Rectaldouchen und fand, dass innerhalb kurzer Zeit die Zahl der rothen Blutkörperchen in bemerkenswerther Weise vermehrt war. Es sei mir gestattet, einen Fall vorzustellen, welcher ebenfalls zur Erläuterung dienen mag. Dieses Mädchen, Louise B., 13 Jahre alt,

sah ich zuerst am 13. September 1898. Seit 7 Jahren litt sie an Chorea minor. Es war ihr nicht möglich, in der Schule ruhig zu sitzen, sie wurde von den Lehrerinnen gestraft und verliess die Schule wegen dieses Umstandes. Was uns hier besonders von Bedeutung ist, dass sie an hochgradiger Anämie litt; dabei klagte sie über viel Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Appetit gering. Sie war regelmässig alle 5 Wochen, aber nur sehr spärlich, menstruirt. Kohlensäureaufblähungen des Rectums dreimal täglich seit 13. September. Besserung stellte sich unmittelbar ein. Sie schläft gut, Kopfschmerzen werden selten und sind geringfügig, der Appetit hebt sich, auch die Zeichen der Chorea bessern sich. Am meisten fällt auf, dass die Anämie gehoben ist. Es ist kaum nöthig, zu erwähnen, dass bei der Kranken während der sieben Jahre ihres Leidens die gewöhnlichen Mittel, Eisen, Arsenik, Landaufenthalt angewandt worden waren. Ich bin nicht vorbereitet, zu sagen, dass Kohlensäure direct ein Mittel gegen Chorea ist, aber ich glaube gerechtfertigt zu sein, wenn ich behaupte, dass der Gebrauch des Gases in diesem Falle die Anämie geheilt und indirect die Chorea gebessert hat.

Während ich die Correktur dieses Artikels lese, erhalte ich einen Brief von Dr. Hans Hoffmann von Union Hill. Derselbe besuchte mich vor einigen Abenden; da ich ihn an acuter Rhinitis leidend fand, bot ich ihm die Kohlensäurebehandlung an. Er schreibt nun unterm 10. Februar 1899: „Ich wünsche Ihnen mitzutheilen, wie ausserordentlich wohlthuend die Kohlensäuredouche meiner Nase gethan hat. Dieses subjective Wohlbefinden, einhergehend mit dem Nachlassen der Secretion und der so lästigen Niessanfälle, hat noch bis zum Sonntag (er war am Freitag bei mir) angehalten, zu welcher Zeit dann der status quo ante, wohl in Folge des Andauerns der schädlichen Ursache, wieder eintrat. Ich zweifle nicht, dass bei längerer Anwendung der Kohlensäure die Rhinitis dauernd gründlich beeinflusst worden wäre und bedaure, dass ich noch nicht dazu gekommen bin, mir selbst einen kleinen Kohlensäureentwickler herzustellen. Auf jeden Fall möchte ich die Kohlensäurebehandlung des Schnupfens warm empfehlen."

126 E. 29. Str.

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 25. November 1898.

Dr. W. Balser, Vorsitzender.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1) Dr. A. Jacobi: Fall von Hypospadie. Es betrifft dies ein gesundes, kräftiges Kind, bei dem Zweifel über sein Geschlecht bestehen. Es ist eine grössere Oeffnung vorhanden, die sich am vorderen Ende des Perineums befindet. An beiden Seiten dieser Oeffnung hängen zwei Theile herunter, die man für das Scrotum halten kann, die aber auch für die Vulva gelten könnten. Dr. Jacobi hatte das Kind schon früher einmal gesehen und bei der Untersuchung einen Hoden fühlen können, während der andere Hoden zurückgeblieben war. Zur Zeit ist der linke Hoden deutlich fühlbar, der rechte dagegen nicht. Der Fall ist als Perinealhyperpartie mit rechtsseitigem Kryptorchismus zu bezeichnen. Der Vorstellende bespricht dann noch die Möglichkeit einer Operation, die nach seiner Ansicht in diesem Falle aussichtslos ist.

Discussion. Dr. Caillé: Es ist ein Penis vorhanden, man sieht die Glans und das Corpus cavernosum. Ich bin auch der Ansicht, dass keine Operation angezeigt ist. — Dr. Willy Meyer schliesst sich bezüglich einer etwaigen Operation den Ansichten Dr. Jacobi's und Dr. Caillé's an.

2) Dr. A. Jacobi stellt ein Kind mit folgender Krankengeschichte vor: Das Mädchen ist 11 Jahre alt. Der Vater starb in jungen Jahren an Nephritis. Die Mutter hat zwei Kinder, wovon das jüngere ganz gesund ist; sie hat keinen Abortus gehabt. Das vorgestellte Kind soll gleich nach der Geburt viel aber leise geschrieen haben, und soll auch während des Schlafes die ersten Jahre hindurch sehr unruhig gewesen sein. Die Masern hatte es im Alter von zwei Jahren, Gastritis im 3. Jahre, Pneumonie mit 7 Jahren. Vor zwei Jahren fing das Mädchen an über heftige Kopfschmerzen zu klagen, gewöhnlich Morgens und anfangs nur jeden zweiten Tag, und es war der Kopfschmerz immer von Erbrechen begleitet. Dies dauerte ungefähr drei Monate, dann kam das Erbrechen und der Kopfschmerz jeden Tag. Seit letzten September fing Pat. auch an zu erbrechen ohne Kopfschmerzen zu haben. Dem Erbrechen ging kein Uebelsein voraus, und in der Schule kam das Erbrechen manchmal so plötzlich, dass sie auf das vor ihr sitzende Kind brach. Pat. erbricht vor und nach dem Essen; sie klagt auch über Schwindel, der dem Kopfschmerz folgt. Der Urin enthält kein Eiweiss, spec. Gew. desselben 1022; im Urin sind grosse Mengen von Phosphaten vorhanden. Der Kopfschmerz ist localisirt auf der linken Seite des

Kopfes, ungefähr einen Zoll von der Sagittalnaht entfernt. Die Gehörorgane sind normal. Das Sehvermögen ist gut, die Pupillen sind ein wenig erweitert, contrahiren sich bei Lichteinfall gleichmässig. Das Sehen in das Licht thut der Pat. weh, sie befindet sich wohler, wenn sie den Kopf hoch hält, als wie wenn sie sich bückt. Sie schielt nicht, es sind auch keine peripherischen Erscheinungen vorhanden. Beim Abtasten des Kopfes sind sämmtliche Verzweigungen des Trigeminus linkerseits auf Druck schmerzhaft. Kniereflexe erhalten. Es frägt sich nun, welche Diagnose in diesem Falle zu stellen ist.

Discussion. Dr. Caillé: Der Fall ist interessant. Es handelt sich sicher nicht um das cyclische Erbrechen. Es muss dasselbe entweder cerebralen Ursprungs sein, oder von dem Magendarmtractus ausgehen. Nun illustrirt der Fall aber auch die Thatsache, dass man bei ambulatorischer Behandlung keine Diagnose machen kann. Das Kind muss in ein Kinderhospital aufgenommen und genau beobachtet werden. Auf die Angaben der Mutter würde ich mich nicht verlassen.

3) Dr. Kubin stellt einen 50jährigen Patienten vor. Patient ist 50 Jahre alt, verheirathet, war früher ein mässiger Biertrinker. Familiengeschichte gut. Nie Lues. War immer gesund; als Soldat im Kriege 1870—1871 hatte er eine rechtsseitige Sciatica, war ca. 12 Wochen leidend, darauf wieder ganz wohl, bis vor ungefähr 6 Jahren; bekam Druck in der Magengegend, auch zuweilen Schmerzen und Aufstossen. Magen oft aufgetrieben. Warme Compressen gaben Erleichterung. Seit der Zeit Stuhlgang träge. Die Schmerzen wurden heftiger und häufiger localisirt rechts, oberhalb des Nabels, nach links bis unter dem Rippenbogen, krampfartig ziehend und auch in den Thorax hinein ausstrahlend. Auf Druck wurden die Schmerzen heftiger, aber warme Application gab etwas Linderung. Die Schmerzen waren zuerst periodenweise, einige Tage öfter frei davon, dann später täglich, gewöhnlich einige Stunden nach dem Essen. Schwer verdauliche Nahrungsmittel mussten vermieden werden. Oft hat Patient beobachtet, dass wenn die Schmerzen sehr heftig waren und er etwas Nahrung zu sich nahm, die Schmerzen nachliessen, aber in einigen Stunden sich wieder mit derselben Heftigkeit einstellten. Vor 2 Jahren bekam Patient plötzlich sehr heftige Schmerzen, wurde ohnmächtig und verlor eine grosse Menge Blut per rectum, wurde per Ambulanz in das St. Vincent Hospital gebracht und 8 Tage später nach dem Deutschen Hospital transferirt, wo er 4 Wochen lang blieb. Da er sehr schwach war, wurde ihm eine Seereise empfohlen, blieb ca. 4 Monate lang in Deutschland. Hatte wieder sehr heftige Schmerzen und war 8 Tage lang unter Behandlung von Dr. Naunyn in Strassburg. Untersuchung nach Ewald'schem Probefrühstück ergab eine Hyperacidität von 0,24 Procent. Seit Juli 1897 wieder hier, fühlte leidlich wohl, zwar nie ganz ohne Schmerzen, musste recht vorsichtig mit seiner Nahrung sein; war beschäftigt als Agent für eine Lebensversicherungs-Gesellschaft und musste sehr viel laufen. Vor ungefähr 6 Monaten, während des heissen Wetters, wurden die Schmerzen wieder viel heftiger, am heftigsten Ende August. Am 2. September wurde er in einer Car ohnmächtig und bekam eine starke Darmblutung, kam wieder ins Deutsche Hospital und war dort bis zum 30. September. Seit der Zeit ist Patient vollständig arbeitsunfähig, fast nie frei von

Schmerz. Seit ca. 2 Jahren aber oft als ob ein Hinderniss in der Gegend dem Pylorus entsprechend sei. Sehr oft Anfälle von Schmerz des Nachts, so dass der Schlaf gestört ist. Seit der Zeit oft erbrochen, jetzt fast alle Tage, gewöhnlich einige Stunden nach dem Essen, saure Flüssigkeit öfters vermischt mit Speiseresten. Nach Erbrechen Linderung der Schmerzen. Im Erbrochenen ist einige Male etwas Blut beobachtet worden (sehr wenig). Appetit des Patienten ist immer gut, er hat aber aus Angst vor Schmerzen nicht genügend Nahrung zu sich genommen und hat ca. 40 Pfund an Körpergewicht in 2 Jahren verloren. Stuhlgang träge, musste fast immer Abführmittel brauchen, oft etwas dunkles Blut mit Stuhl vermischt. Schmerzen am heftigsten in der rechten Seitenlage, grosse Erleichterung wenn er auf der linken Seite liegt. Vor einigen Tagen fühlte er als ob sich etwas im rechten Hypochondrium loslöste und Luft gab, darauf eine gewisse Erleichterung. Der Magen ist erweitert rechts bis zum Nabel, Schmerz auf Druck im rechten Hypochondrium. Keine Geschwulst fühlbar. Leber etwas klein. Urin normal. Blut, 4.620,0000; Haemogl., 85 Procent. 1½ Stunden nach Probefrühstück ziemlich viel unverdaute Semmel und viel Salzsäure. 2¾ Stunde noch etwas Semmel. 5½ Stunden nach Mahlzeit von ca. 6 Unzen gehacktem Fleisch und etwas Brod keine Speisereste. Reaction sauer, freie Salzsäure vorhanden, aber weniger als nach Probefrühstück.

Discussion. Dr. Willy Meyer frägt, ob die Ohnmacht jedesmal nach der schweren Blutung eintrat, was von Dr. Kubin bejaht wird. Dr. Willy Meyer schlägt dann ebenfalls eine Operation vor, da dieselbe die besten Aussichten haben dürfte. — Dr. A. Jacobi frägt, ob kein Bluterbrechen da war. Dies wird von Dr. Kubin verneint. — Dr. Einhorn: Es wäre wichtig, wenn der Magen des Pat. in nüchternem Zustande untersucht worden wäre, um festzustellen, ob Stenoseerscheinungen vorhanden sind oder nicht. Denn einige Zeit nach dem Essen lässt sich dies nur schwer feststellen. Hier scheint es sich vielleicht darum zu handeln, dass ein Ulcus im Duodenum vorhanden ist; positiv ist dies aber nicht. Die Blutungen könnten auch von einem Darmgeschwür herrühren. Ich möchte nur betonen, dass, bevor man den Entschluss fasst, den Mann zu operiren, genau festgestellt werden soll, ob Stenoseerscheinungen vorhanden sind oder nicht. Ferner sollte Pat. längere Zeit für seine Ulcusbeschwerden behandelt werden. Es sollte auch versucht werden, den galvanischen Strom anzuwenden, wenn das noch nicht geschehen ist. Wenn die Schmerzen auch dann noch anhalten, dann würde ich ebenfalls zu einer eventuellen Operation rathen, aber nicht eher. — Dr. A. Jacobi kann nicht einsehen, was in diesem Falle der galvanische Strom nützen soll, denn es handelt sich nicht nur um Schmerzen, sondern um Schmerzen plus Blutungen. — Dr. Einhorn: Die Schmerzen brauchen nicht von den Blutungen abzuhängen, die nur zuweilen auftreten. Die Schmerzen können auch von Hyperacidität herrühren. — Dr. Mannheimer frägt, ob Pat. schon eine reguläre Ulcuskur durchgemacht hat. — Dr. Kubin: Pat. hat in Strassburg eine Ulcuskur durchgemacht, ob hier in New York weiss ich nicht. — Dr. Willy Meyer frägt, ob sich klinisch Stenoseerscheinungen nachweisen liessen. — Dr. Kubin: Der Magen war nach 5½ Stunden leer. Allein Pat. hat das Gefühl, als ob ein Hinderniss da wäre, und nach dem Er-

brechen fühlt er jedesmal Erleichterung. Die Schmerzen sind jetzt so heftig, dass Pat. unfähig ist zu arbeiten. — Dr. Mannheimer räth ebenfalls, vor Vornahme einer Operation eine reguläre Ulcuskur vorzunehmen.

4) Dr. A. Jacobi: Fall von multiplen Exostosen. Der 34-jährige Patient hat Exostosen, wie ich sie noch nie beobachtet habe. Seine Krankengeschichte ist folgende: Die erste Exostose bemerkte Pat. als er 12 Jahre alt war, und zwar am Os ilei. Die Reihenfolge in der die übrigen aufgetreten sind, hat Pat. zum grössten Theile wieder vergessen. Ich habe constatirt, dass er jetzt an folgenden Theilen Exostosen hat: Am linken Acromio-Clavicular gelenk, am linken Oberarm, vom Caput an abwärts bis zur Eminentia capitata, in der Nähe des Ellenbogens befindet sich eine Geschwulst, die schmerzhaft ist und sich wie ein Neurom anfühlt, ferner Exostosen an dem inneren, oberen Ende der Ulna, an den Proc. styloidei von Ulna und Radius, an dem 4. Finger. Rechts sind Exostosen am Humerus, am rechten Acromio-Clavicular-gelenk, am Processus coracoideus der Ulna, am Capitulum radii; ferner an den Spinae beider Scapulae, am Ileosacralgelenk, an der rechten Protuberanz des rechten os ischii u. s. w. Die grösste befindet sich am rechten Trochanter. Wie alle Exostosen, so stammen auch diese hier aus der Zeit der Kindheit. Bei Kindern im Alter von 8—9 Jahren sieht man gelegnetlich eine oder mehrere solcher Exostosen. In diesem Falle sind die Gelenke ziemlich frei. Wie wir wissen, kommen die meisten dieser Exostosen in unmittelbarer Nähe des Epiphysenknorpels vor; sie bestehen aus Knorpel in der Tiefe und aus spongiöser Substanz in der Mitte. Die Geschwülste werden bei diesem Pat. immer noch grösser. In der grossen Exostose am Trochanter scheint ein Erweichungsprocess stattzufinden.

Discussion. Dr. Willy Meyer: Es ist dies einer der schönsten und interessantesten Fälle, die ich je gesehen habe. Die Geschwulst am Oberschenkel macht einen anderen Eindruck wie die übrigen Exostosen und besitzt auch eine andere Consistenz, sie ist in gewisser Beziehung elastisch; man bekommt bei Druck in die Tiefe nicht das Pergamentpapierknistern. Die Geschwulst fühlt sich wie eine Mischgeschwulst an. Sie ist auch keine genau differenzirte Geschwulst, sondern vielmehr ein grosser, spindelförmiger Tumor. Vielleicht handelt es sich um eine Mischgeschwulst mit Sarkom. Es wäre meiner Ansicht nach die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen angezeigt und vielleicht, wenn möglich, eine Operation. — Dr. A. Jacobi: Alle diese Geschwülste gehen von den Epiphysen oder deren Nähe aus. Nun hat der Oberschenkel bezüglich seiner Epiphyse Unterschiede aufzuweisen von anderen Epiphysen. Die Epiphyse des Oberschenkels ist gewaltig gross im Vergleich mit den Epiphysen anderer Knochen. Die Epiphyse erstreckt sich vom Kopfe des Oberschenkels bis unterhalb des Trochanters. Und dies könnte der Grund sein, weshalb diese Exostose so gewaltig gross und lang angelegt ist, und weshalb sie mehr spongiös geblieben ist, wie die anderen Exostosen. Es ist aber auch meine Meinung, dass es sich hier um etwas anderes handeln könnte, als wie um eine Exostose. — Dr. Willy Meyer: Es könnte sich auch um eine Exostosis bursata handeln.

Vorzeigen von Präparaten.

1) Dr. W. Freudenthal demonstrirt einen haselnussgrossen Tumor (Lipom), den er bei einem Kinde vom Zungengrunde entfernt hatte. Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass, während bei der Operation und unmittelbar darnach die Operationsstelle nur unbedeutend geblutet hatte, am Abend nach der Operation und abermals am folgenden Tage kaum zu stillende, schwere Blutungen eintraten, infolge deren der kleine Pat. sehr anämisch wurde. Nachforschungen ergaben, dass der Knabe von einer Bluterfamilie abstammt. — Dr. Caillé hat in zwei Fällen solche Tumoren bei Kindern beobachtet.

2) Dr. Willy Meyer berichtet von einem Fall, in dem ein 5jähriges Kind eine münzenförmige Kinderflöte verschluckt hatte, und demonstrirt die Negativplatte einer diesbezüglichen Photographie nach Röntgen. Dieselbe zeigt sehr deutlich den in der Nähe des Manubirum sterni im Oesophagus stecken gebliebenen Fremdkörper. Derselbe wird durch Oesophagotomie entfernt.

3) Dr. John Schmitt: Ich erlaube mir, die durch Laparotomie gewonnenen Eierstöcke und Tuben zu demonstriren, die der Frau angehörten, welche ich in der letzten Sitzung wegen harter Anschwellungen in den musculi recti vorstellte. Die Frau ist 24 Jahre alt, 4½ Jahre verheirathet und Mutter eines 3jährigen Sohnes. Sie ist seit ihrem Wochenbett leidend. Schmerzen im Kreuz, im Leib; doch niemals in solchem Grad, um sie bettlägerig und arbeitsunfähig zu machen. Keine Leucorrhoe; normale und schmerzlose Menstruation mit Ausnahme der Monate April, Mai und Juni, während welcher Zeit die Menses ausblieben. Im Juli erfolgte eine heftige, 5 Tage andauernde Blutung. Wahrscheinlich handelte es sich um eine Schwangerschaft, die durch Abort unterbrochen wurde. Wer sie vor diesem Abort untersucht hätte, hätte ohne Zweifel von der Anwesenheit des vergrösserten uterus und des cystischen Tumors im Douglass auf extra-uterine Schwangerschaft geschlossen. Trotz der hochgradigen Veränderungen der beiden Adnexe, die zu halb faustgrossen Cysten degenerirt und durch allseitige Adhäsionen mit der Umgebung und namentlich mit dem rectum verwachsen waren, erachtete Patientin ihr Beckenleiden von geringerer Wichtigkeit. Sie legte mehr Bedeutung auf die harten, schmerzlosen Anschwellungen, die die oberen Partieen der musculi recti einnehmen und an die sie beim Aus- und Ankleiden fortwährend erinnert wurde.

Die anatomische Veränderung der Präparate besteht hauptsächlich in einer cystischen Degeneration der Eierstöcke; während auf der einen Seite die stark verdickte Tube mit den Fimbrien durch Adhäsionen an die Oberfläche der Cyste angelöthet ist, bildet auf der anderen Seite das stark erweiterte abdominale Ende der Tube mit dem Cystensack eine continuirliche Höhle, (tubo-ovariale Cyste). Die Ursache solcher extremen, entzündlichen Veränderungen ist wohl meistens eine infectiöse, obgleich sie hie und da auch bei intacten Mädchen gefunden werden. Worin die Natur der Muskelanschwellungen besteht? Sie haben sich etwa 2 Jahre langsam entwickelt, links mehr wie rechts, und der oberste Abschnitt mehr, als die unteren, bei denen die glatten, schmerzlosen Verhärtungen mit allmähliger Verschmälerung nach unten gerade noch nach-

zuweisen sind. Manche Frauen reagiren bei abdominaler Betastung ausserordentlich leicht durch Muskelcontracturen. Im rectus können sich die durch die striae transversales getrennten Muskelbrüche isolirt contrahiren und leicht zur Annahme von Geschwülsten verleiten. Das ist hier selbstverständlich nicht der Fall, da die Anschwellungen in tiefer Narkose und bei geöffneter Bauchhöhle, bimanuell abgetastet wurden. Das Stück excidirter Muskelsubstanz, das im Patholog. Institut verloren ging, zeigte eine grau-weisse Verfärbung. Während bei den früheren Untersuchungen — die letzte vor etwa 5 Wochen — die Oberfläche der Anschwellungen glatt befunden wurde, fällt mir heute die höckerige Beschaffenheit des linken, obersten Muskelbruches auf. Es handelt sich wahrscheinlich um eine chronische Myositis, bei der Schrumpfungsprocesse im Gange sind.

4) Dr. Sara Welt-Kakels: Ich erlaube mir Ihnen über einen Fall zu berichten, der wegen des relativ häufigen Vorkommens nicht ohne practisches Interesse ist. Ein 21 Monate altes Kind wurde vor wenigen Wochen auf die Abtheilung des Mt. Sinai Dispensary gebracht. Die Mutter gab an, dass das Kind, während es mit einem Centstück spielte, dasselbe in den Mund steckte und unter starken Würgbewegungen verschluckte; unmittelbar darauf traten Symptome von theilweisem Verschluss der Speiseröhre auf: geringe Flüssigkeitsmengen wurden geschluckt; feste Bissen aber wurden sofort oder nach Verlauf von einigen Minuten erbrochen. Mittelst der digitalen Untersuchung des Pharynx sowie des Rectums konnte kein Fremdkörper nachgewiesen werden; ein Schlundrohr wurde ohne besondere Schwierigkeit in den Magen eingeführt; es bestand leichter Husten; auf beiden Seiten verschärftes Athmen und zahlreiche Rhonchi; die Temp. betrug 100° F. im Rectum. Bei der Untersuchung mit den Röntgen'schen Strahlen konnte der Sitz des Fremdkörpers im oberen Theile des Oesophagus mit Leichtigkeit bestimmt werden, wie Sie aus der Photographie ersehen können; die Münze wurde in oberflächlicher Chloroformnarcose vermittelst des Graefe'schen Münzenfängers herausgeholt; keine weiteren Besechwerden.

5) Dr. A. Rose: Demonstration der Anwendung von Kohlensäure zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. Um Kohlensäure zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken in das Rectum einzuführen, gebrauchte Ziemssen Natrium bicarbonicum und Weinsteinsäure, welche er in Lösungen die eine nach der anderen, eingoss. Rosenbach benutzte zu seinen Experimenten an Lebenden und an Leichen flüssige Kohlensäure aus einem eisernen Cylinder kommend, die sofort die Gasform annimmt. Die Vortheile der Anwendung der flüssigen Kohlensäure gegenüber den Brausemischungen sind recht erhebliche. Während des letzten Sommers bediente ich mich der flüssigen Kohlensäure bei Behandlung einer grossen Anzahl von Kindern, die an Keuchhusten litten, im hiesigen Findelhause. Ich erhielt die mit flüssiger Kohlensäure gefüllten Cylinder von der American Carbonate Company, welche das Gas aus Marmor mit Schwefelsäure behandelt gewinnt. Neuerdings habe ich Cylinder mit flüssiger Kohlensäure von den Herren Wittemann Brothers erhalten. Diese Firma entnimmt das Gas den Mineralquellen von Saratoga. Da es Sie interessiren wird, den Process kennen zu lernen, so wird Herr Jacob Wittemann denselben selbst besprechen.

Bisher habe ich Rectalinjectionen von Kohlensäure erfolgreich bei Dysenterie, Keuchhusten, Erbrechen der Schwangeren, in letzteren Fällen auch in Form von Vaginaldouchen versucht. Ganz ausgezeichnet bewährten sich diese Douchen bei Vaginismus. Demme gelang es mittelst derselben den Schmerz der Geburtswehen aufzuheben. Das vorher rigide unnachgiebige Os uteri erweiterte sich unter deren Einfluss. Uterus Contractionen werden durch solche Douchen nicht hervorgerufen. Das Mittel wurde wohl lange Zeit deshalb nicht angewendet, weil man sich vor Gefahren fürchtete die seit Claude Bernard's Experimenten in dieser Richtung als illusorische bekannt worden sind.

Dr. Freudenthal bin ich zu Dank verpflichtet, weil er mir gestattete Patienten seiner Klinik, Fälle von Rhinitis sicca, unter seiner Leitung zu behandeln. In solchen Fällen bewirkt das Einfliessen der Kohlensäure auf die Nasenschleimhaut eine sehr nützliche Hyperämie.

An mir selbst erfuhr ich, dass bei Schnupfen mit Verstopfung der Nase die Kohlensäureapplication auf die Nasenschleimhaut genau wie Cocain, aber nachhaltiger wirkt. Eine einzige Nasendouche mit dem Gas genügte um den Schnupfen vollständig zu coupiren. Ich konnte auf die erste Douche hin frei durch die Nase athmen und anstatt trotz häufiger Cocainanwendung mit offenem Munde, mit geschlossenem Munde die ganze Nacht hindurch schlafen. Dass die Kohlensäuredouche wie Cocainisirung auf die Nasenschleimhaut wirkt, konnte ich mich an einem Fall von Nasenverstopfung in Folge von acuter Rhinitis im Deutschen Dispensary überzeugen. Ich danke Dr. Gleitsmann für gütige Erlaubniss, das Verfahren in genannter Klinik eingeführt haben zu können. Ich liess mir ein Cabinet für Kohlensäure-Gas-Bäder bauen. Dr. Freudenthal war mir behülflich, als ich das erste Bad in diesem Cabinet selbst nahm. Etwa zehn Minuten nach dem Bad hatte ich dasselbe angenehme und erfrischende Gefühl das man hat, wenn man an einem heissen Sommertag am kühlen Seestrand von Coney Island sich aufhält. Dreiviertelstunden nach dem Bad empfand ich ein hochgradiges Wärmegefühl am Scrotum. Dass das Gas erregend auf das Sexualsystem wirkt, davon konnte ich mich — in den betreffenden Fällen — zu meinem Leidwesen überzeugen. Viele der Knaben von 3—4 Jahren, denen ich im Findelhaus Rectalaufblähung mit Kohlensäure gab, hatten Erectionen in Folge derselben, die mit jeder Application mehr und mehr ausgesprochen und anhaltender waren.

Discussion. Dr. Willy Meyer: Wie es scheint, übt die Kohlensäure in den genannten Fällen einen günstigen Einfluss aus. Ich möchte vorschlagen, die Anwendung der Kohlensäure auch bei Blasenleiden, und besonders bei Tumoren der Blase zu versuchen. Die Blase mit Luft zu füllen, ist sehr gefährlich, da zufällig einmal der Sphincterenverschluss insuffizient werden kann; es kann dann Luft in das Nierenbecken, in die Nierenvenen und schliesslich in die Vena cava eintreten und dadurch plötzlicher Tod erfolgen. Aber es ist der Versuch möglich, die Blase statt mit Luft mit Kohlensäure zu füllen. Dass das Blut grössere Mengen von Kohlensäure aufnehmen kann, ohne Gefahr zu bringen, wissen wir. Besonders bei der Bottini'schen Operation wäre die Kohlensäure in angedeutetem Sinne zu verwerthen. — Dr. Rose: Ich möchte erwähnen, dass ein Fall bekannt ist, in welchem die Appli-

cation von Kohlensäure Unterbrechung der Schwangerschaft hervorgerufen hat. Ferner hat mir die Anwendung derselben in einem hartnäckigen Falle von Vaginismus sehr gute Dienste erwiesen. Die Krankheit hatte zuvor jeglicher Behandlung getrotzt und wurde durch die Kohlensäure vollständig beseitigt. — Dr. Caillé: Der demonstrirte Apparat lässt sich sicher gut in der Praxis zur Applicirung der Kohlensäure verwenden, aber nur mit Vorsicht; denn bei fahrlässiger Handhabung könnte leicht Asphyxie eintreten. — Dr. Rose: Es ist keine besondere Vorsicht nöthig, wenigstens nicht so sehr wie bei Bädern in kohlensaurem Wasser. Das Gas bleibt am Boden und kommt nicht höher, als man es haben will, während bei kohlensauren Wasserbädern das Gas, dem Wasser entweichend, allerdings eingeathmet werden kann, wenn man keine Vorsicht gebraucht. — Dr. Langmann: Ich möchte wissen, wie die Insufflation von Kohlensäure bei Kindern auf die Peristaltik gewirkt hat. — Dr. Rose: In manchen Fällen traten Diarrhoen ein, die aber nur vorübergehend und von keinerlei Bedeutung waren. Dagegen stellten sich bei den Knaben Erectionen ein, die mit jedem weiteren Tage der Behandlung mit Kohlensäure schlimmer wurden. — Dr. Hirsch: Ich benütze einen solchen Kohlensäurecylinder seit einem Jahre zur Herstellung von Gefrierschnitten. — Dr. W. Freudenthal: In Bezug auf die Bäder mit Kohlensäure, möchte ich sagen, dass man doch vielleicht Ursache hat, vorsichtig zu sein; denn als Dr. Rose ein solches Bad nahm, bemerkte ich an ihm, dass der Puls unregelmässig wurde, und zwar trat dies schon nach sehr wenigen, nämlich nach 3 Minuten ein. Besonders in Fällen von Klappeninsufficienz würde ich mich fürchten, derartige Bäder anzuwenden. Wenn eine derartige Nebenwirkung schon bei der äusseren Anwendung der Kohlensäure eintritt, muss dieselbe noch viel schneller beim Einblasen derselben auftreten. Was den Erfolg bei trockenen Catarrhen anbelangt, so sind die Untersuchungen hierüber noch sehr dürftig. Mir machte es den Eindruck, dass bei trockener Rhinitis und Pharyngitis die Kohlensäure wie ein Fremdkörper wirkt, nämlich als Reiz und dadurch Hyperämie hervorruft. Ein Urtheil hierüber kann man noch nicht abgeben. — Dr. Rose: Mein Puls war nur zufällig unregelmässig, denn um diese Zeit hatte noch keine Resorption stattgefunden. Ich glaube nicht, dass der unregelmässige Puls mit der Kohlensäure in Verbindung zu bringen ist; derselbe rührt meiner Ansicht nach vielmehr daher, dass ich, ehe ich das betr. Bad nahm, sehr rasch gegangen war. Die Pulsverhältnisse bei der Kohlensäureeinblasung sind genauer beschrieben worden. Es tritt Anfangs eine Pulsbeschleunigung ein, der Puls wird aber bald wieder regelmässig.

A. Ripperger, Secretär.

Deutsche Medizinische Gesellschaft von Chicago, Ill.

Präsident: Herr Prof. Klebs. Vice-Präsident: Herr Maximilian Herzog. Schriftführer: Herr Karl Doepfner. 1. Beisitzer: Herr Gustav Schirmer. 2. Beisitzer: Herr Emil Ries. Wir zählen gegenwärtig 45 Mitglieder. So jung unsere Gesellschaft noch ist, so haben wir doch schon zwei Mitglieder durch Tod verloren, die Herren Heinrich Geiger und E. Czerniewski. Um mehr Einfachheit und Abwechslung in die wissenschaftliche Thätigkeit zu bringen, haben wir uns in Gruppen abgetheilt, nämlich: 1. Theoretische Medicin; 2. Innere Medicin; 3. Chirurgie; 4. Geburtshülfe und Gynäkologie; 5. Haut- und Geschlechtskrankheiten und 6. Sinnesorgane und Neurologie. Eine oder die andere Gruppe wird je nach Bedarf eine Arbeit liefern oder ein allgemeines Discussionsthema aufstellen.

Ein Abendessen zur Eröffnung des neuen Vereinsjahres war gut besucht und nahm einen recht gemüthlichen Verlauf.

9. Sitzung. 10. November 1898 im Hotel Bismarck.

Herr Prof. K l e b s spricht in ausführlicher Weise über

„BLUT UND BLUTUNTERSUCHUNGEN IN PATHOLOGISCHER BEZIEHUNG“:

Auf Anregung unseres Vorstandes will ich Ihnen hier zunächst in kurzer Uebersicht den Inhalt der neuesten den Gegenstand betreffenden Schrift, der ersten Abtheilung des von Ehrlich und Lazarus verfassten Werkes über Anämie in dem grossen Nothnagel'schen Sammelwerke wiederzugeben versuchen und daran einige theilweise kritische Bemerkungen, theilweise neue Beobachtungen anknüpfen.

(Hier folgt das Referat das an dieser Stelle nicht wiedergegeben werden soll).

Sie ersehen aus dieser kurzen Wiedergabe der neuesten Anschauungen unseres verdienstvollen Blutpathologen, dass Ehrlich namentlich die Herkunft der verschiedenen Formelemente des Blutes zur Würdigung pathologischer Zustände zu verwenden sucht. Manche Schwierigkeiten und Unklarheiten sind noch vorhanden, auch fehlt es nicht an der der jungen Berliner Schule so eigenthümlichen Verschweigung von Thatsachen, die von anderer Seite geliefert wurden. Nichtsdestoweniger muss der Vortragende zugestehen, dass hier zum ersten Male in übersichtlicher Weise eine recht vollständige Uebersicht dieser neuesten durch das Trockenverfahren Ehrlich's gewonnenen Ergebnisse vorliegt und ohne Zweifel allen Forschern auf diesem Gebiete werthvolle Anhaltspunkte darbieten wird.

Zusammenfassend können wir sagen, dass I. die Stellung der Milz für die Entwicklung von Blutelementen in hohem Maasse in Frage gestellt wird. Selber früher (in Bern 1866) die Folgen der Milzexstirpation studirend habe ich in der bekannten, oft als milzähnlich bezeichneten Umwandlung der Lymphdrüsen, welche dieser Operation folgt, diese Or-

gane als eine vicariirende Ablagerungsstätte für die sonst in der Milz zerfallenden und in ihren Resten daselbst abgelagerten r. Blk. angesehen. In den leukämischen, wie pseudoleukämischen Processen schien mir die bei beiden in ganz gleicher Weise vorhandene dunkelrothe einfache Hyperplasie des Pulpagewebes wenig geeignet für eine hyperplastische Erzeugung von Blutelementen, die ja auch im letzteren Falle fehlt. Aus diesen Gründen kann ich mich vorbehaltslos der Anschauung unserer Autoren anschliessen, die durch Kurloff's Untersuchungen an entmilzten Thieren, sowie Ehrlich's Beobachtungen an solchen Menschen ziemlich übereinstimmende Resultate ergaben.

II. Während die Ableitung der Myelocyten Ehrlich's, d. h. der grösseren neutrophil-granulirten Zellen mit grossem ovalem, hell gefärbtem Kern vom Knochenmark kaum einem Einwand begegnen kann, wie dies in noch geringerem Maasse für die eosinophilen, vielleicht auch die Mastzellen zutrifft, möchte ich mich etwas zweifelhaft aussprechen bezüglich der Abgrenzung der aus den Lymphdrüsen abgeleiteten Formen. Während das typische Bild des Lymphocyten und der Lymphocytose von Ehrlich ganz im Sinne von Ernst Neumann trefflich präcisirt ist, möchte ich zu bedenken geben, dass bis dahin für die grösseren aus den Lymphdrüsen stammenden Formen und die kleinsten Formen der Myelocyten die Diagnose etwas schwankend wird, wenn wir genau den Angaben des vorliegenden Buches folgen wollen. Statt der differentiell-diagnostischen Betonung der Granula als Kennzeichen myelitischer Abkunft, welche, wie Ehrlich selbst anführt, fehlen können, ebenso wie auch der netzartigen Structur des Protoplasmas der Lymphocyten, die mit einem kleinen Fragezeichen versehen werden mag, möchte ich an der Hand pathologischer Fälle lieber auf die tiefe Tinction der Kerngranula in den aus Lymphdrüsen stammenden Zellen Gewicht legen, wie sie auch bei acuten Lymphosarcomen in Gestalt grosser Zellen mit nicht granulirtem Protoplasma und dunkel tingirtem Kern im Blute zu finden sind. (Zeichnung nach dem Blut von Dr. G.) Auch ob diese Zellen, weil sie beweglich sind im Gegensatz zu den Lymphocyten, stets von dem Mark abgeleitet werden können, möchte ich bezweifeln. Leider habe ich in dem Falle von Dr. G. die ascitische Flüssigkeit nicht erhalten, dagegen in einem anderen, wahrscheinlich hierher gehörenden Fall, den ich Dr. Barnard verdanke, bei dem Rev. L. konnte ich dieselben grossen mit dunkel gefärbten Kern versehenen Zellen lebend in der Ascitesflüssigkeit antreffen und zugleich feststellen, dass es sich hier um eine Protozoen-Affection handelt. In beiden Fällen spricht nichts für eine Betheiligung des Knochenmarks, ein Carcinom konnte wenigstens in dem ersten Fall ausgeschlossen werden durch die Section, während in dem Falle L. die rein negativen Ergebnisse der Untersuchung während des Lebens bei Fehlen der Leichen-Untersuchung Schlussfolgerungen beinahe ausschliessen. Dennoch kann ich mich bei Vergleichung dieser beiden Fälle, in denen bei älteren Leuten ein weder auf Carcinom noch Lebercirrhose zurückzuführender rasch auftretender Ascites das Krankheitsbild kennzeichnet, der Annahme einer gleichen, auf die Bauchlymphdrüsen hindeutenden Krankheitsursache nicht entschlagen. Ohne die Frage irgenwie entscheiden zu wollen, möchte ich die Collegen auffordern, dieser hier vielleicht nicht so seltenen Krankheit nachzugehen und

durch frische Untersuchung der Ascitesflüssigkeit die Frage der Entscheidung näher zu bringen.

Ich möchte also gegenüber Ehrlich die Möglichkeit aufrecht erhalten, dass unter pathologischen Umständen auch die Lymphdrüsen grössere bewegliche, lappenförmige Pseudopodien bildende Zellen liefern können. Für die Leukämien stimme ich voll und ganz der Ehrlich'schen Eintheilung in myelogene und lymphatische Formen zu und betone den hohen Werth von Loewit's Beobachtung, welcher in den ersteren Protozoen in den Markzellen nachwies.

III. Bezüglich der eosinophilen Zellen des Blutes halte ich die Ableitung derselben, wie der polynucleären Elemente des Bluts vom Knochenmark als eine ganz entscheidende That, welche die Cohnheim'sche Beobachtung der emigrativen Vorgänge erst vollständig in ihrer Bedeutung für die Pathologie darstellt. Auch will ich gern zugeben, dass die Eosinophilen in dem Mark ihren anomalen Inhalt erhalten, wie die Eosinophilie der einkernigen Markzellen beweist. Aber es bleibt damit nicht ausgeschlossen, dass auch innerhalb der Blutbahn oxyphile Substanzen gebildet und von polynucleären Zellen aufgenommen werden können, wogegen ich die im Gewebe vorhandenen Zellen der gleichen Art als aus dem Blute eingewandert betrachte, wie die Mastzellen, wofür unsere Autoren interessante Beobachtungen beibringen, so die von A. Neisser, der einmal unter vielen tausend Fällen gonorrhoischen Eiter fast nur aus Mastzellen bestehend beobachtete.

Einen hierher gehörigen Fall von Eosinophilie hatte ich Gelegenheit zu untersuchen aus der Praxis von Dr. Bertha Van Hoosen, eine verheirathete Dame, welche bei einer oder zwei Geburten eclamptische Anfälle gehabt hatte und nun sich in einem Zustande mässiger Anämie befindet, welche von nervösen Symptomen begleitet ist, Schwindelanfällen und, wie es scheint, einer Art von Agoraphobie (Westphal). Das Blut, welches schon im flüssigen Zustande eine bräunliche Farbe zeigte, zeigte ganz auffallend grosse und platte, der Delle grösstentheils entbehrende Erythrocyten, daneben sehr zahlreiche, aber meist schwach färbende polynucleäre Oxyphile und Myelocyten mit einem grossen, blassen Kern, mit wenig Granulis im Protoplasma, beide im Verhältniss von 61 zu 39, endlich auffallend zahlreiche schwach blau färbende Blutplättchen in Haufen. In diesem Falle war nun einerseits das Hervorgehen der Blutplättchen aus zerfallenden r. Blk. in die polynucleären Blutzellen zu beobachten (Abbildung). Die grosse Masse der oxyphilen Zellen enthielt nur sehr blass sich färbende Körner. Allein in grösseren Haufen von Blutplättchen beobachtete man den Zerfall des Kernstabes in einzelne ovale Kerne, dann die Erfüllung der auch im Protoplasma sich theilenden Zellen mit tief gefärbten oxyphilen Granulis, welche wohl nur aus den anliegenden bis auf 2 Mikren verkleinerten Resten r. Blk. herstammen konnten. Die letzteren waren auffallend tief mit Eosin gefärbt. (Abbildung.) Ich bin geneigt anzunehmen, dass es sich hier um eine Art von functioneller Aplasie des Knochenmarks handelt, in Folge welcher dellenlose, vielleicht wasserreichere, der inneren Spannung entbehrende r. Blk. im Mark gebildet werden, die in der Blutbahn leicht zerfallen unter Bildung von Blutplättchen, Globulintropfen, welche ausgestossen werden. Die hämoglobinhaltigen Reste der letzteren werden in Form der oxyphilen Körner

von den polynucleären Elementen aufgenommen, welche einer amitotischen Theilung unterliegen.

Es sei bemerkt, dass die Entstehung der Blutplättchen aus r. Blk. zuerst von Welti in seiner Zuercher Dissertation beschrieben worden ist. Derselbe studirte die Entstehung von perforirenden Magen- und Duodenalgeschwüren nach Hitzeeinwirkung und erzeugte an Thieren Necrosen des Magens auf diese Weise, welche den Zusammenhang mit Blutplättchen-Thromben erkennen liessen. Die Entstehung der Blutplättchen im erhitzten Blute ist sowohl ausserhalb wie innerhalb der Thierkörper zu beobachten. In neuerer Zeit hat Koeppe die gleiche Beobachtung unter anderen Umständen beim Menschen gemacht und wird von Ehrlich und Lazarus als Gewährsmann für diese wichtige Thatsache citirt. Die ausserhalb ihres engeren Kreises stehende Literatur scheint den Herren nicht geläufig zu sein.

IV. möchte ich auch bezüglich der perniciösen Anämie eine Verwahrung einlegen gegen eine beiläufige Bemerkung unserer Autoren, welche mir nachsagen, dass ich abgesprengte Theile rother Blutkörperchen in dieser Krankheit für Organismen angesehen habe. Wahrscheinlich haben die Herren gar keine echte Biermer'sche perniciöse Anämie gesehen, die in Berlin selten ist, dagegen in Kropfgegenden sehr häufig vorkommt. In dieser sind die von mir beschriebenen und später von Frankenhäuser ebenfalls gesehenen Flagellaten, welche sich auch in der Flüssigkeit der Thyreoidblasen vorfinden, wie in den Kropfwässern, regelmässig vorhanden und nehmen an der Zerstörung der r. Blk. einen activen Antheil. Ihr Vorkommen auch in dem Knochenmark, von mir damals schon betont, erklärt den myelogenen Character der Affection, für welche die von Laache besonders betonten, obschon früher ebenfalls beobachteten Megalo-Erythrocyten oder Riesen-Blutkörperchen sprechen würden.

So sehen wir also, dass eine sachlich geleitete Untersuchung des Bluts und der path. Exsudate, welche aus dem Blut stammen, manche wesentlichen Aufschlüsse für innere Krankheiten liefern können. Die Localisation der Krankheitsanfänge ist schon werthvoll, wenn auch die eigentliche Ursache nicht immer erkennbar sein wird. Das acute Lymphosarcom der Unterleibsdrüsen mit Ascites einhergehend, wie die myelogene Blut-Aplasie dürften noch manchen Gegenstand weiterer Forschung darstellen.

Für die Blutuntersuchung möchte ich in erster Linie die frische auf dem erwärmten Objecttisch empfehlen, dann aber die von Ehrlich so trefflich entwickelten Färbemethoden. Von den letzteren ist namentlich die Chenzinsky'sche Flüssigkeit sehr empfehlenswerth, obwohl dieselbe auch das Schicksal aller Mischungen von basischen und sauren Anilinfarbstoffen theilt, nur kurze Zeit sich unverändert und wirksam zu erhalten. Sonst bevorzuge ich das gehärtete Blutpräparat (Erwärmen und Formoldampf) zuerst mit verschieden starken Eosinlösungen (von ½ bis 5 pc. in Wasser) auf die Reichhaltigkeit der oxyphilen Substanz in den r. Blk. zu prüfen, was bei polychromatischen Eigenschaften, z. B. im Diabetesblut, welche Ehrlich und Lazarus, sowie ihren Entdecker, Brehmer in St. Louis, gar nicht erwähnen, oft recht wichtig sein kann. Dann erst lasse ich das Methylenblau auf das in der Zange befindliche

Präparat einwirken, dabei genau die entfärbende Wirkung desselben auf die r. Blk. beobachtend.

Für Abschätzung der Verhältnisszahlen zwischen den einzelnen Blutelementen halte ich die quadratischen Diaphragmen Ehrlich's für überflüssig. Ich zähle die rothen Blkt. in einigen Gesichtsfeld-Radien natürlich bei starker Vergrösserung (Zeiss Ap. 1,5 und Comp. Oc. N. 6) aus unter Einstellung derselben mittelst der Micrometertheilung, multiplicire das Quadrat der Mittelzahl mit π und finde so sehr leicht und rasch, namentlich mit Hilfe einer Tabelle der meist vorkommenden Werthe von r^2, den Gehalt eines Gesichtsfeldes an r. Blk. Je gelichmässiger das Präparat angefertigt, um so seltener ist diese Bestimmung zu wiederholen und kann dann eine grössere Reihe von Gesichtsfeldern auf die Zahl der farblosen Blutelemente und ihrer verschiedenen Arten geprüft werden.

Für die Bestimmung der absoluten Werthe behält natürlich die Thoma'sche Methode ihre Bedeutung, obwohl ihre Werthe bei der Discussion über den Einfluss der Höhenlage auf die Erythtrocytenzahl vielleicht etwas ihre Bedeutung abgeschwächt hat. Zu genaue Resultate sind eben nicht zu erwarten.

Herr Herzog demonstrirt den Anwesenden die Methoden der Blutuntersuchung: 1. Hämoglobinometrie mit dem Fleischl'schen Apparate: 2. Blutkörperchenzählung mit dem Thoma-Zeiss'schen Apparate; 3. Anfertigung von Deckglaspräparaten und deren Färbung.

Herr Carl Beck zeigt einen Tumor, den er einer 36jährigen Frau per laparotomiam entfernt hatte. Sie litt seit 6 Jahren an Schmerzanfällen in der r. Bauchseite. Man hielt die ganze Krankheit für Appendicitis. Die Untersuchung ergab einen Tumor von abwechselnder Grösse in der r. Bauchhälfte unterhalb des Rippenbogens, der die Zwerchfellsexkursionen mitmachte. Die Frau hatte nie an Verstopfung gelitten, sondern täglichen Stuhlgang gehabt mit vollkommen geformten Fäces. Erkrankungen von Seite der Gallenwege schienen durch die Anamnese eher ausgeschlossen.

Die Operation ergab eine mit dem Netz ganz verwachsene und gegen den Magen hin verzogene Strictur der Flexura coli hepatica. Resection, Darmvereinigung mit Murphy's Knopf, Genesung.

Die Stenose lässt gerade einen Bleistift durchgehen. Die Schleimhaut ist normal. Es handelt sich also wahrscheinlich nicht um Carcinom, sondern um eine Narbenstricutr, vielleicht doch infolge eines Gallensteindurchbruches.

Herr Prof. Klebs: Der normale tägliche Stuhl ist daraus zu erklären, dass eben der Darminhalt in Coecum und Colon ascendens, wie so oft beobachtet wird, dünnflüssig war und leicht durch die enge Stelle durchgetrieben wurde.

Dr. E. A. Fischkin wurde als Mitglied aufgenommen.

10. Sitzung. 8. December 1898 im Hotel Bismarck.

1. Der durch den Vorstand vorberathene Antrag des Herrn Ries betreffend die „Gründung eines wissenschaftlichen Lesezirkels" kommt zur allgemeinen Discussion. Die meisten Mitglieder sprechen sich für

Einführung eines solchen Lesezirkels aus. Ueber die Art des Vorgehens herrschen allerdings sehr verschiedene Meinungen. Der Vorstand wird beauftragt, das Thema weiter zu berathen und Vorschläge zu bringen auf der Basis, dass die Blätter nicht von den Mitgliedern, sondern von einer Centralstelle aus versandt werden sollen.

2. Herr Saurenhaus spricht über:

WERTH UND GRENZEN DER ÆUSSEREN UNTERSUCHUNG KREISSENDER.

Die äussere Untersuchung Kreissender hat bei weitem noch nicht die allgemeine Verbreitung unter den Aerzten gefunden, welche sie im Interesse der Patienten verdient. So erfreulich auch die Resultate bezüglich der Morbidität und Mortalität in gut geleiteten Gebäranstalten seit Einführung der Antisepsis resp. Asepsis geworden sind, so erschreckend hoch ist noch der Procentsatz ausserhalb der Kliniken. Der Werth der äusseren Untersuchung besteht darin, dass bei ausschliesslicher Anwendung derselben in der Leitung normaler Geburten die Infectionsgefahr ausgeschlossen ist. Mit der nöthigen Vorsicht und Sorgfalt ausgeführt werden üble Zufälle, die allzu brüske Manipulationen gewiss hervorrufen können, sich vermeiden lassen. Die Leitung normaler Geburten allein durch die äussere Untersuchung wird wird um so eher möglich sein, wenn man gegen Ende der Schwangerschaft, wo immerhin im Vergleiche zur Geburt die Infectionsgefahr noch geringer ist, eine genaue Untersuchung auch per vaginam hat vornehmen können. Werden die gründlich desinficirten Hände noch mit sterilisirten dünnen Gummihandschuhen überzogen, deren Anwendung sich auch während der Geburt empfiehlt, wenn eine innere Untersuchung indicirt sein sollte, so wird die Gefahr der Puerperalfieber auf ein dem Ideal nahe kommendes Minimum sich herabdrücken lassen.

Herr Ries schloss sich den Ausführungen Dr. Saurenhaus' über den Werth der äusseren Untersuchung völlig an und besprach als hinreichenden und ungefährlichen Ersatz der inneren Untersuchung per vaginam die per rectum, wie er sie schon früher im Centr. Bl. f. Gyn. 1894, No. 17, besprochen hatte.

Discussion. Herr Doepfner: Ungefähr 96 Procent aller Geburten verlaufen normal und ohne alle Hülfe. Warum soll nun diese grosse Mehrzahl aller Gebärenden der bedenklichen Wochenbetterkrankung, d. h. der Infection ausgesetzt werden? Die von Leopold geübte Methode ist allen practischen Aerzten, die der absoluten Reinheit ihrer viel und überall gebrauchten Hände nicht sicher sein können, lebhaft zu empfehlen. Wer zu einer Geburt lange voraus bestellt wird — worauf wir Aerzte dringen sollten — der soll es sich zur Pflicht machen, vorher das Becken genau zu messen und abzutasten, damit er über diese Verhältnisse im klaren ist. Wer zu einer bereits im Gange befindlichen Geburt plötzlich gerufen wird, der kann sich allerdings nicht immer auf die äussere Untersuchung verlassen. So wurden vom Sprechenden zwei Fälle falsch diagnosticirt: bei der einen Mehrgebärenden glaubte er, nach äusserer Untersuchung und bei Abwesenheit von Wehen während einer

halben Stunde, die Geburt sei noch nicht im Beginne und entfernte sich. Als er nach 2 Stunden wieder hinkam, war das Kind fünf Minuten vorher geboren worden. Bei einer anderen intelligenten Mehrgebärenden, die angab, kräftige Wehen gehabt zu haben und desshalb rief, hielt er sich 4 Stunden auf, um dann durch innere Untersuchung zu finden, dass der Cervicalkanal für den Finger noch undurchgängig war. Welchem Arzte sind aber nicht ähnliche Flle auch bei der inneren Untersuchung vorgekommen? Zudem bemerkte der Sprechende, dass er noch kein Meister der äusseren Untersuchung sei. Vielleicht lassen sich solche übrigens nicht unheilvolle Fehler bei grösserer Uebung vermeiden. Er wenigstens ist der Ansicht, dass die äussere Untersuchung von den practischen Aerzten mehr und die innere weniger geübt werden sollte; denn es ist immer wieder zu bedenken, dass 96 Procent der Geburten physiologisch verlaufen.

Herr Gustav Schirmer hält die Leopold'sche Methode für einen entschiedenen Rückschritt. Die Erfahrung hat gelehrt, dass auch der practische Arzt seine Hände wenigstens so gut desinficiren kann, dass er beruhigt eine Kreissende per vaginam untersuchen darf. Hätte die Ansicht allgemeine Gültigkeit, dass eine Hand überhaupt nicht, d. h. für die Praxis nicht gereinigt werden kann, so müsste der Arzt seine Geburtshülfe dem Specialisten überlassen und dürfte keine Geburt mehr leiten. Das ist zum Glücke nicht so. Wie oft übrigens würden Zustände übersehen, die nur durch innere Untersuchung entdeckt und gehoben werden können? Wie will man z. B. durch äussere Untersuchung eine eingeklemmte vordere Muttermundslippe diagnosticiren? Er hält an der alten Untersuchung per vaginam fest, allerdings touchirt er nicht mehr als nöthig ist.

Herr Fischkin schliesst sich dieser Ansicht an. Ihm ist es ebenfalls vorgekommen, dass er bei einer ängstlichen Erstgebärenden, die glaubte, Wehen zu verspüren, stundenlang wartete und dachte, die Geburt sei im Gange. Und doch war es nicht so. Nur eine vaginale Untersuchung hätte ihn sofort darüber aufklären können.

Herr Loew ist für möglichste Einschränkung der inneren Untersuchung. Er pflegt in seiner Praxis bei normalen Fällen nur einmal per vaginam zu untersuchen, und zwar direct nach dem Blasensprunge. Er würde sich nicht ruhig fühlen, wenn er dieses eine Mal nicht touchirte. Je nachdem er dann seine Diagnose gemacht hat, untersucht er nicht mehr.

Prof. Klebs meint, man solle mit Condomgummifingern oder mit Handschuhen untersuchen, die den Gebrauch des Gefühles erlauben. Er ist überzeugt, dass die Hände nicht absolut sicher desinficirt werden können.

Herr Ries glaubte damals, dass die Untersuchung per rectum für die Hebammen eine grosse Bedeutung haben könnte. Rufen diese die Aerzte, so finden letztere doch wenigstens Scheiden vor, die von den Hebammen noch nicht verunreinigt sind. — Von den Studenten der Strassburger Klinik konnte eine richtige Diagnose per rectum in 90 Procent der Fälle gestellt werden. Von der rein äusseren Untersuchung sagt Leopold selbst, dass nur 48 Procent der Flle richtig diagnosticirt wer-

den konnten, 52 Procent der Diagnosen waren nur durch die innere Untersuchung möglich.

Herr Saurenhaus: Die Uebertragung der gynäkologischen Untersuchungsmethode per rectum auf geburtshilfliche Fälle, wie sie von den Herren Ries und Krönig seiner Zeit gemacht wurde, ist wohl nur für Ausnahmefälle zulässig, da sie dem Grundprincipe, der für den Geburtshelfer maassgebend sein muss, sich aseptisch zu halten, widerspricht. Es kann ein unerwartetes Ereigniss eintreten, welches ihn zum Gebrauch seiner noch dazu künstlich inficirten Hände zwingt. Herr Ries giebt zu, dass er verschiedentlich in die Lage gekommen sei, sich indess stets so habe desinficiren können, dass keine üble Zufälle vorgekommen seien. Wenn wir in der Lage sind, unsere Hände aseptisch zu machen, nachdem sie kurz vorher mit bact. coli commune etc. inficirt waren, so ist nicht abzusehen, warum wird dann nicht mit Vermeidung dieser Gefahr direct per vaginam uns Aufschluss verschaffen sollen, einer Methode der ich, wenn doch einmal eine innere Untersuchung indicirt sein sollte, eventuell mit Gebrauch sterilisirter Gummihandschuhe stets den Vorzug geben würde. Der Werth der äusseren Untersuchung besteht aber auch ferner darin, dass wir durch dieselbe und zwar durch sie ausschliesslich wichtige und einschneidende Aufschlüsse über normale und besonders pathologische Zustände erhalten, welche für den Verlauf der Geburt und das Verhalten des Arztes ausschlaggebend sind, und auch aus diesem Grunde sollte dieselbe fleissig geübt und stets der inneren Untersuchung vorausgeschickt werden, damit beide einander controlliren und ergänzen können. Die äusseren Beckenmaasse bestimmen oft den modus procedendi. Die Grösse und Beschaffenheit des Uterus, die Wehenthätigkeit, Menge des Fruchtwassers, Leben der Frucht, Füllungszustand der Blase, mehrfache Schwangerschaft, Stand des Contractionsringes, Tympania Uteri, Eclampsie, complicirende Tumoren etc., etc. lassen sich nur bei ausschliesslicher oder doch vorwiegender Anwendung der äusseren Untersuchung feststellen, die ganz besonders segensreich in der heute geübten Leitung der Nachgeburtsperiode geworden ist. Die Grenzen indess liegen darin, dass nicht immer pathologische Einstellungen des vorliegenden Kopfer sich mit Sicherheit erkennen lassen und vielleicht hie und da zu nicht ganz sachgemässer Behandlung die Veranlassung geben können. Die vorliegende oder vorgefallene Nabelschnur kann bei alleiniger Anwendung der äusseren Untersuchung der Beobachtung entgehen und dem Kinde verhängnissvoll werden. An diese Möglichkeit wird man bei beweglich auf dem Beckeneingang liegenden Kopf immer denken müssen und darum die innere Untersuchung indicirt sein. Vor allem lässt sich die Grösse des Muttermundes und der Fortschritt der Geburt durch die äussere Untersuchung nicht feststellen, und das ist ja für den Arzt, welcher von der geängstigsten Umgebung über den Stand und die voraussichtliche Dauer der Geburt befragt wird, ein Uebelstand, der auch die Frage unbeantwortet lässt ob und auf wie lange voraussichtlich er selbst die Gebärende noch verlassen kann, um inzwischen anderen dringenden Berufsgeschäften nachgehen zu können. Die Erkenntniss von Neubildungen, welche in's Cavum Douglasii eingekeilt sind, Carcinome der Portio vaginalis könnten ebenfalls unserer Wahrnehmung entgehen. Wenn somit die ausschliessliche Anwendung der

äusseren Untersuchung vielfach Beschränkungen erleiden muss, so bleibt doch noch ein grosses Feld für dieselbe übrig, das sicher, wenn in richtiger Weise beackert, dem Arzte gute Früchte tragen muss.

Verein Deutscher Aerzte in San Francisco.

Sitzung vom 4. October 1898.

Vorsitzender: Herr Fehleisen.

Schriftführer: Herr Jellinek.

1) Herr Jellinek stellt einen 30jährigen Patienten vor, der ihm wegen einer interessanten Sprachstörung von einem befreundeten Collegen überwiesen wurde. Der Pat. stammt aus gesunder Familie und hat zwei gesunde Geschwister; er selbst war stets gesund und kräftig, ist seines Berufes nach Schneider, seit 5 Jahren verheirathet und hat zwei gesunde Kinder. Keine Lues, kein Potus, kein Trauma. Vor etwa einem Jahre bemerkte die Frau des Pat., dass dessen Sprache etwas unverständlich wurde, bald darauf verspürte Pat. Schwäche in den Knieen und ein leichtes Zittern in der rechten Hand. Das Zittern der Hand und eine sich dazu gesellende Schwäche in den Fingern der rechten Hand nahmen in den folgenden Monaten zu, so dass Pat. seit 4 Monaten nicht mehr im Stande ist, die Nadel zu führen und dadurch berufsunfähig ist. Bei der Untersuchung am 5. September '98 gab der kräftig gebaute Mann den folgenden Status: Gesichtsausdruck stupid, maskenhaft starr. Augenbewegungen frei; kein Nystagmus; Pupillarreaction auf Licht und Convergenz normal; Fundus normal; Hirnnerven normal; die Sprache deutlich skandirend, zeitweilig fast unverständlich; Intelligenz nicht gestört; die Stimmung ist weinerlich und es besteht zeitweilig Krampflachen. Motor. Kraft der oberen Extremitäten wenig herabgesetzt; in der rechten Hand bei intendirter Bewegung ein eben angedeuteter Tremor. Reflexe der oberen Extremitäten lebhaft. Motor. Kraft der unteren Extremitäten herabgesetzt, passiv ohne Widerstand beweglich; Patellar-Reflexe sehr lebhaft; kein Fussclonus; Sensibilität und Blasen-Mastdarm Function normal; desgleichen Potenz. Da eine functionelle Erkrankung von anderer Seite vermuthet wurde, hält Vortragender den Fall des Interesses würdig, um so mehr, als eine derartige functionelle Sprachstörung nicht vorkomme und aus dieser allein die Diagnose auf multiple Sclerose gestellt werden könne. In der 4wöchentlichen Beobachtung sei bei forcirter Blickrichtung nach rechts ein eben angedeuteter Nystagmus aufgetreten und sei ein leichter Fussclonus heute nachweisbar. — Herr Aronstein frägt nach der Therapie und Prognose des Falles. — Herr Jellinek: Die Therapie dieser Fälle sei eine rein symptomatische. Pat. erhielte täglich 3.0 Brom + 0.02 Codein abendlich und schliefe darauf etwas ruhiger; eine Therapie causalis gäbe es nicht. Die Prognose quoad vitam sei im allgemeinen gut, da solche Patienten Decennien leben könnten; doch gäbe es auch Fälle, die einem schnelleren Verlaufe anheimfielen. Vortragender beobachtete letztes Jahr einen Fall, der nach 9 Monaten unter bulbären Symptomen letal endete. Die

microscopische Untersuchung des Rückenmarkes zeigte unzählige Herde in allen Stadien des Sclerosirung, die Gefässe stark gefüllt und um die Gefässe reichliche Anhäufung von Rundzellen, was an eine entzündliche Natur des Processes denken liess.

2) Herr Rosenstirn demonstrirt eine durch Operation entfernte Ovarialcyste, die sich bei microscopischer Untersuchung als Carcinom erwies. (Dr. Nathan.)

Die Krankengeschichte der Patientin ist folgende: Mrs. B., 30 Jahre alt. Keine hereditäre Anlage. Früher stets gesund, heirathete 1889; erstes Wochenbett November 1890; leichte Entbindung; lebender Knabe. Nie wieder gravid. Nach dem Puerperium leichter Scheidenvorfall, der von selbst wieder zurückging. Im Mai 1898 Schmerzen beim Stuhlgang, entleerte dabei etwas Schleim, kein Blut; seither Diarrhöen, oft 10 Stühle im Tage. Sobald sie Milchdiät einhält, hören die Diarrhöen und Schmerzen auf, Stühle werden wieder geformt; verschiedene Male mit gleichem Erfolge experimentirt. Augenblicklich 4—6 Stühle in 24 Stunden; Schmerzen vor der Entleerung. Seit 6 Wochen bemerkt Pat. häufig beim Uriniren eine plötzliche Unterbrechung des Strahles, nach kurzer Pause fliesst er wieder. Kein Schmerz. Die Unterbrechung häufiger und länger, je länger Urin gehalten wurde.

Status September 8 1898. Blasse, cachectisch aussehende Frauensperson. Thoraxuntersuchung gibt normale Verhältnisse. Palpation des Abdomens: Gelappter Tumor hinter der Symphyse, diese etwa 8 cm. überragend, von der Mitte der rechten regio iliaca in die linke hineinziehend und diese fast ganz ausfüllend. Bimanuelle Untersuchung zeigt harte, anscheinend fluctuirende Geschwulst in der linken, kleineren Beckenhälfte unverschieblich eingekeilt, hinter dem Uterus nach rechts hinüberreichend. Der Uterus nach rechts, vorne und oben gedrängt, nicht vergrössert und deutlich durch eine Furche von der Geschwulst in der linken Beckenhälfte abgrenzbar. Es ist nicht genau zu bestimmen, ob die sich in beiden Seiten des kleinen Beckens befindlichen Massen Theile einer und derselben Geschwulst sind.

Diagnose: Linke Ovarialcyste nach rechts herüberragend, möglicherweise auch rechtsseitige Cyste.

Operation am 13. September 1898. Trendelenburg: Medianschnitt zwei Finger unter dem Nabel bis über Symphyse. Nach Eröffnung des Peritoneums findet sich eine manneskopfgrosse Doppelcyste des rechten Ovariums, hinter dem Uterus nach links hinübergreifend und dort das kleine Becken ausfüllend. — Entwickelung schwierig; nach Lösung von Adhäsionen mit Plexus in toto herausgewälzt. Stiel abgeschnitten; Gefässe mit Catgut ligirt; Peritoneum mit Seide übernäht. Linkes Ovarium stark pflaumengross, kleincystisch entartet. Resection der erkrankten Partie, Vernähung des Restes mit feinster Seide. Bauchschluss, Silkwormgut. Die entfernte Cyste besteht aus zwei Kammern von ungleicher Grösse. Die linke, grössere ist reichlich kindskopfgross. Sie sind durch eine Scheidewand vollständig von einander getrennt, welche äusserlich durch eine ringsverlaufende Furche gekennzeichnet ist. Auf der Höhe der Geschwulst verläuft der grössere Theil der mitabgetrennten Tube, deren von den normalen Furchen umgebenes Ostium den Sondenkopf ca. ½ cm. weit eindringen lässt. Die Cystenwand ist dünn und hart wie

Pergament; Der Inhalt der kleineren Cyste ist dickflüssig, noch mehr der der grösseren. Unter dem Microscope erweist sich dieser Inhalt als Detritus. Impfung auf Agar und Gelatine negativ. An der grösseren Cyste befindet sich in der Nähe der Tube ein circa 4 cm. langer, 3 cm. breiter und 1 cm. dicker Knoten, auf dem Durchschnitte kleinfächrigen, bienenwabenartigen Bau zeigend. Microscopisch an einzelnen Stellen typische carcinomatöse Entartung zeigend. Vaginale Radicaloperation in Aussicht genommen.

(Die vaginale Radicaloperation wurde am 6. October 1898 vorgenommen. Patientin reconvalescent).

3) Herr Pischel berichtet über einen Fall von Neuritis optica dextra, der besonders deshalb interessant ist, da plötzliche Amaurosis ohne ophthalmoscopischen Befund auftrat. Erst einige Tage darauf stellte sich langsame Schwellung des Sehnervenkopfes ein; damit besserte sich das Sehen, das im Laufe von 5Wochen sich auf $^5/_{30}$ hob. Für die Entstehung der Neuritis konnte kein aetiologisches Moment gefunden werden. Lues entschiedenst in Abrede gestellt. Pat. war stets gesund gewesen, hatte nur einmal Ischias gehabt. Trotz Negierung einer specifischen Infection wurde eine leichte Schmierkur durchgeführt und Jodkali verabreicht. Die Schwellung des Sehnerven ging zurück um einer atrophischen Abblassung Platz zu machen.

Herr Jellinek betont die Seltenheit dieser einseitigen Opticus-Neuritiden, für die er sich nur zwei Erklärungen geben könnte, nämlich eine lokale Schädigung durch Druck zwischen Chiasma und Bulbus, oder eine Affection, die wir unter den Hilfsnamen „Rheuma" stellen möchten, wie wir sie isolirt an jedem Nerven antreffen können. Er selbst hätte nur einen derartigen Fall auf der Klinik Fuchs gesehen, bei dem ebenfalls kein aetiologisches Moment beschuldigt werden konnte. Das Bestehen der Amaurosis mit erst nachfolgendem pathologischen ophthalmoscopischem Befunde wäre vielleicht so zu erklären, dass eine retrobulbäre Perineuritis — Erguss zwischen Nervenscheide und Nerv — bestand, die bereits geeignet war die Amaurosis zu erzeugen; erst beim Fortschreiten des Processes bis zum Durchschnitte des Nerven durch die wenig nachgebende Sclera kam es zur Behinderung des Venenabschlusses durch die so leicht compressiblen Venen, und somit zur Stauungs-Papille.

Herr Fehleisen demonstrirt:

a) Ein durch Operation entferntes Aneurysma der Art. radialis.

b) Die Photographien einer Patientin mit zwei Epithelialkrebsen des Gesichtes. Die 73jährige Patientin hatte seit 7 Jahren einen Hautkrebs in der Gegend des rechten Jochbogens. Das rundliche Geschwür hatte einen Durchmesser von 7—8 cm. Ferner entwickelte sich bei ihr seit 5 Jahren ein Krebs auf der Stirne dicht über der Nasenwurzel, der etwa die Grösse eines Silberdollars erreicht hatte und den Knochen bloslegte. Beide Carcinome wurden in den letzten Tagen excidirt und der microscopische Nachweis der carcinomatösen Natur erbracht.

c) Die Gipsabdrücke beider Füsse eines mit Hammerzehen behafteten Mannes. Der Pat. ist 50 Jahre alt und bemerkt die Deformität

seit 3—4 Jahren. Die Aetiologie des Falles sei unklar. Es läge weder eine Verletzung, noch Plattfüsse oder Klumpfuss vor, mit welch' letzteren Affectionen manche Autoren diese seltene Deformität in Zusammenhang bringen wollen. Was zunächst den linken Fuss betrifft, so fehlt die grosse Zehe, welche vor etwa einem Jahre von Morse exarticulirt wurde. Die kleine und die vierte Zehe sind fast normal, die dritte und die vierte Zehe sind im ersten Interphalangealgelenke extrem gebeugt, die dritte Phalanx dieser beiden Zehen ist dorsalwärts gekrümmt. Cohen nennt das einen „Orteil en Z." Am rechten Fusse ist die grosse Zehe ebenfalls früher exarticulirt worden; die drei letzten Zehen sind normal, die zweite Zehe bildet einen „Orteil en C", d. h. die zweite und dritte Phalanx sind extrem plantarwärts flectirt. Es wurde vergeblich versucht die kranken Zehen nach Sehnendurchschneidung zu strecken; dieselben mussten exarticulirt werden, und es zeigte sich bei der näheren Untersuchung, dass die fehlerhafte Stellung durch Schrumpfung der Gelenkskapsel bedingt war. Die Streckung der exarticulirten Zehen gelang erst nach Durchschneidung der Gelenkskapsel und der Seitenbänder. Der Mann geht jetzt gut und arbeitet wieder; eine orthopädische Behandlung wäre in diesem Falle aussichtslos gewesen.

Herr Rosenstirn hat zwei Fälle von Hammerzehe beobachtet. Bei dem einen, einem 25jährigen jungen Manne, war die zweite Zehe beider Füsse erkrankt; die Zehen waren im Metatarso-Phalangealgelenke ad maximum gestreckt und in den beiden Phalangealgelenken flectirt. Pat. verweigerte jeden Eingriff. Der zweite Fall betraf eine etwa 28jährige Dame aus den besten Ständen, die ebenfalls an der zweiten Zehe des rechten Fusses dieselbe Anomalie zeigte. Durch Durchschneidung der Extensorensehne und Brisement forcé konnte eine wesentliche Besserung erzielt werden, die durch mehrere Jahre anhielt. Ueber ihr weiteres Schicksal kann R. nichts berichten, da er Pat. aus den Augen verlor.

Dr. E. O. Jellinek, Schriftführer.

Referate und Kritiken.

Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. Herausgegeben von E. von Leyden. II. Band. Thieme-Leipzig, 1898. 825 Seiten.

Mit diesem zweiten Bande ist das verdienstvolle Werk von Leyden's und seiner Mitarbeiter vollendet. Es bietet dem Leser ein vollständiges, wenn auch naturgemäss kurz gefasstes Bild der Ernährungsphysiologie und -Therapie. Der zweite Band, die specielle Therapie der Ernährung behandelnd, bringt in den einzelnen Kapiteln eine erschöpfende, leicht übersichtliche Darstellung der Ernährung bei Krankheiten der einzelnen Organe aus den besten Federn. Die Ernährung der Lungenkrankheiten behandelt Dettweiler, die Halskrankheiten F. Klemperer, in der von Dr. Bock vollendeten Ernährung bei Herzkrankheiten ist uns die letzte Arbeit des leider zu früh verstorbenen Oertel überliefert, F. Jolby giebt uns die Ernährung bei Nervenkrankheiten, Riedel behandelt die Er-

krankungen der Speiseröhre und des Magens, Ewald die Darmkrankheiten, Boas die functionellen Erkrankungen von Speiseröhre, Magen und Darm, Mosler und Peiper die parasitären Krankheiten, Stadelmann die Leber- und Pancreaskrankheiten und v. Leyden und G. Klemperer die acuten Fieberkrankheiten. Von den Stoffwechselkrankheiten behandelt von Noorden den Diabetes mellitus, und Minkowski die harnsaure Diathese, Arthritis deformans, Oxalurie und Phosphaturie. Sodann folgen die Hautkrankheiten besprochen von Mosler und Peiper, die Störungen der Geschlechtsfunctionen und Syphilis aus der Feder Fürbringer's, Nierenkrankheiten behandelt von v. Ziemssen, Krankheiten der Harnwege von M. Mendelsohn, Frauenkrankheiten von F. v. Winckel, Kinderkrankheiten von Biedert, und zum Schlusse die Ernährungstherapie vor und nach Operationen von H. Kehr. Der stark zusammengedrängte, enorme Inhalt macht es leider unmöglich, auf Einzelnes einzugehen. Nur so viel sei erwähnt, dass durch kurze Besprechung der entsprechenden Kapitel uns Physiologie und Pathologie das Verständniss der nachfolgenden Erörterungen der Ernährung so klar und verständlich ist, dass auch der Leser, dem diese Kapitel etwas ferner liegen, mit Leichtigkeit das Ganze durchdringen und in sich aufnehmen kann. Die übersichtliche Einleitung und kurze Darstellung macht es möglich, sich bei einer interessirenden Frage in kürzester Frist befriedigenden Rath zu erholen. Ich glaube, dass jeder Arzt, der das Buch zur Verfügung hat, häufig und gern darin sich berathen und es nie ohne einen Nutzen für sich aus der Hand legen wird.

Dauber.

Prof. Dr. Carl von Noorden: Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung, II. Auflage, Berlin 1898. Verlag von Hirschwald.

Die zweite Auflage dieser im Jahre '95 zuerst erschienenen ausgezeichneten Monographie über Diabetes mellitus hat eine starke Vermehrung erfahren, insbesondere in den Kapiteln über Symptomatologie und Therapie. Das ganze Buch ist, wie selten eines, geeignet, einen erschöpfenden Ueberblick über die heutige Lehre von Diabetes zu geben. Die klare und übersichtliche Art der Darstellung, die den Werken des Verfassers eigen ist, macht es dem Leser auch hier möglich, einen zusammenfassenden Ueberblick zu erlangen. In hervorragendem Maasse hat Verf. die dem Praktiker besonders wichtigen Kapitel berücksichtigt. Die Scheidung der einzelnen Grade des Diabetes, die Darstellung der Methode, sich darüber ein Urtheil zu verschaffen, die Darstellung der Indicationen zu der oder jener Behandlungsform die Anleitung zu derselben und endlich nicht zum mindesten die vergleichenden Nahrungsmitteltabellen, die es erlauben, mit einem kurzen Ueberblick sich Klarheit in Bezug auf ihre Verwerthbarkeit zu verschaffen, alles dies verräth auf den ersten Blick den Mann, der theoretisch und praktisch meisterhaft das Thema beherrscht. Die zweite Auflage wird sicher noch viel mehr Freunde sich erwerben, als es die erste schon gethan hat, insbesondere aus den Reihen der praktischen Aerzte.

Dauber.

Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. XVI. Congress. 1898.

Der die Verhandlungen des XVI. Congresses für innere Medicin enthaltende, von von Leyden und E. Pfeiffer herausgegebene Band bringt in kurzer Form bedeutsame Erörterungen. Es ist unmöglich, auch nur jedes Thema zu erwähnen, nur die drei Referate möchte ich anführen. Das erste, das die Herren von Ziemssen und von Jacksch gegeben, behandelte den heutigen medicinisch-klinischen Unterricht, das zweite von Leo den gegenwärtigen Stand der Behandlung des Diabetes mellitus, und das dritte von F. Müller und Brieger erstattete die heutige Lehre von den Autointoxicationen intestinalen Ursprungs. Die vielen interessanten kürzeren Vorträge und Berichte, die noch gegeben sind, lassen fast keine Seite der internen Medicin unberührt und bieten eine Fülle neuer Anregung und Belehrung. Es sei das Werk dem Arzte bestens empfohlen. Dauber.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Ueber den Wechsel der Ansichten in Bezug auf Aderlass referirte Maraglano auf dem ital. med. Cong. laut M. med. Wochenschr. in folgender Weise: Nachdem der Aderlass lange vollständig discreditirt gewesen, fängt man an, sich nach und nach davon zu überzeugen, dass derselbe doch einen bestimmten Platz in der Therapie verdient. Der Aderlass ist indicirt bei der Pneumonie: Bei Störungen im kleinen Kreislauf gibt es kein wirksameres Mittel, drohender Herzlähmung vorzubeugen; die Kleinheit des Pulses darf dabei keine Contraindication sein; man sieht, wie derselbe sofort nach dem Aderlass die verlorene Energie wieder gewinnt. Ueber den Nutzen des Aderlasses bei Apoplexien und Atheromatose der Arterien, wie ihn Sacharjin und nach ihm auch deutsche Autoren betonen, sind die Meinungen noch getheilt; doch darf man sagen, dass die Einwendungen doctrinärer Art sind und dass die klinische Erfahrung für die günstige Wirkung desselben spricht. Auch hier bildet bei sonst kräftigen Constitutionen ein kleiner Puls kein Hinderniss, weil er bedingt sein kann durch Veränderung der Herzinnervation, wie sie die Apoplexie herbeigeführt hat. Eine Quantität von 200—400 ccm kann schon eine beträchtliche Depletion bewirken. Kommt es auf eine Entleerung aus der Vena cava inferior an, so ist die Venaesectio am Fuss zu bewirken. Baccelli betont den Einfluss einer Venaesectio der Vene des Fussrückens auf die Nierenzirkulation. Sacharjin ist ein warmer Vertheidiger auch der örtlichen Blutentziehungen, denen er durch Veränderungen des Blutdrucks eine revulsive Wirkung zuschreibt. Lässt sich auch die günstige Wirkung derselben nicht immer erklären, so sind die Resultate doch in der That ermuthigend. Die depurative Wirkung des Aderlasses, wie sie schon Galen betonte, ist mit Unrecht vollständig verworfen. Bayer hat das Verdienst, diese Indication für die Uraemie wieder aufgenommen zu haben. Mit Unrecht hat man entgegnet: man entziehe durch einen Aderlass zu wenig toxische Substanzen aus araemischem Blute. Bouchard hat nachgewiesen, dass 500 gr

Blut eines Uraemikers 8 gr Extractivstoffe enthalten, ein Quantum, welches die Niere normalerweise erst in 24 Stunden auszuscheiden vermag, während andererseits 4½ l diarrhoischer Stuhlgang und 1,61 Schweiss zu dem gleichen Quantum nöthig sind. Bei der Uraemie sei die Blutentziehung eine reichliche, 500 bis 1000 ccm, dabei empfiehlt sich zugleich intravenöse Injection physiologischer Kochsalzlösung. Der Aderlass kann aber auch, wie viele neuere Autoren festgestellt haben, bei chlorotischen Zuständen von günstiger Wirkung sein, Bizzozero, Salvoli, Hayem machten darauf aufmerksam, dass Blutverluste die Thätigkeit blutbildender Organe anregen und die Production rother Blutkörperchen begünstigen. Hier werden kleine Blutentziehungen von 50 bis 100 ccm, etwa vierwöchentlich wiederholt, empfohlen.

— Eine Arbeit über Asthma bronchiale in der Berl. kl. Wochenschr. beschliesst Talma-Utrecht mit den Sätzen: 1. Der Krampf der Luftwege kann willkürlich hervorgerufen werden durch die Mehrzahl der an Asthma leidenden und durch viele normale Personen. 2. Fast alle Asthmatiker können diesen Krampf, selbst während eines Anfalles, aber sicher in den Remissionsperioden willkürlich unterdrücken, so dass bei einem starken Luftwechsel die abnormen Athmungsgeräusche fehlen. 3. Die Muskeln der Luftwege sind dem Willen unterworfen oder können ihm unterworfen werden. Für Asthmakranke ergibt sich hieraus die Wichtigkeit der Respirationsgymnastik. Die Athemfrequenz muss geringer gemacht und die Ausathmung vor Allem langsam und vollkommen gemacht werden. Dadurch nimmt der Krampfzustand der Luftwege ab. Das Sprechen muss regulirt werden: Die Einathmung währtend desselben sei langsam und tief. Der Kranke muss lernen, die richtige Spannung der Muskeln des Halses, der Brust und des Bauches einzuhalten.

— Ihren bekannten Untersuchungen zur Frage des Vorkommens von Tubercelbacillen in der Marktbutter lässt Lydia Rabinowitsch in der D. med. Wochenschr. (aus dem Institut f. Infectionskrankheiten in Berlin) eine neue Versuchsreihe folgen. Die Versuche mit der aus verschiedenen Quellen entnommenen Butter ergaben, dass im Allgemeinen die Tubercelinfection der Butter ein sehr seltenes Vorkommniss ist, dass sich dagegen häufig pseudotuberculöse Veränderungen nicht infectiöser Natur finden. Bemerkenswerth ist die Thatsache, dass die aus einer bedeutenden Berliner Butterhandlung stammende Butter fast ausnahmslos Tubercelbacillen enthielt. Ausführliche Mittheilungen über diese Versuche werden in der Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten erfolgen.

— Mit dem viel besprochenen und viel bestrittenen Zusammenhang zwischen Tabes dorsalis und Syphilis äussert sich Guttmann in der Zeitschr. f. klin. Medizin, Band 35, Heft 3 und 4.: Die bei einer ziemlich grossen Zahl von statistisch noch nicht verwertheten Tabesfällen der I. med. Klinik v. Leyden's gepflogenen Erhebungen ergaben dem Verfasser folgende Resultate: Bei 35,1 Proc. war Syphilis vorausgegangen, bei 64,9 Proc. war diese Infection nicht nachweisbar. Ferner liessen sich auch bei keinem von den in den letzten Jahren Ver-

storbenen, einer der grössten Lebensversicherungen angehörigen Tabikern (25 Fälle), eine vorausgegangene Syphilis nachweisen, so dass nach Einrechnung dieser das vorher erwähnte procentische Verhältniss noch auf 28,6 Proc. zu 71,4 Proc. sinkt. Da sonach ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis statistisch nicht zu beweisen ist, so ist von einer antiluetischen Behandlung bei Tabes abzusehen, umsomehr, als damit Zeit, die zu anderen Behandlungsmethoden, wie Massage, Electrotherapie, Uebungstherapie etc. verwendet werden könnte, vergeudet wird .

— An der Klinik von Maraglano in Genua hat T e r r i l e an zehn Kranken die subcutanen Eiseninjectionen studirt und folgende Salze verwendet: Arsensaures Eisen, Ferrum citricum ammoniatum und Ferrum natriocitricum pyrophosphoricum. Die Injectionen sind kaum schmerzhaft und werden es durch Zusatz von Cocain noch weniger. Im Ganzen wurden 350 Einspritzungen, anfangs jeden zweiten Tag, später täglich gemacht, ohne dass locale oder allgemeine Erscheinungen beobachtet worden wären; durch fortgesetzte Blutuntersuchungen wurde der Erfolg controlirt. Alle Kranken haben bei entsprechender Fleischdiät während der Cur an Gewicht zugenommen. Als Schlussfolgerungen seiner Versuche spricht T e r r i l e folgende Sätze aus: 1. Die subcutanen Eiseninjectionen sind absolut unschädlich. 2. Durch sie entspricht man am Besten der Anforderung, dem Organismus möglichst viel Eisen zuzuführen. 3. Sie sind leichter auszuführen als endovenöse Injectionen. 4. Sie befördern die Bildung von Hämoglobin. 5. Sie eignen sich daher ganz besonders bei den durch Erkrankung der blutbildenden Organe hervorgerufenen Anämien. 6. Sie bessern in bedeutendem Maasse die Zustände von Oligämie, die man bei verschiedenen Krankheiten (Tuberculose, Malaria, Rheumatismus etc.) findet. 7. Die von mancher Seite ihnen zugeschriebenen Störungen in verschiedenen Organen sind bedeutend übertrieben. 8. Sie können sogar mit Vorsicht bei der die Lungentuberculose begleitenden Oligämie angewendet werden, wenn keine Neigung zu Hämoptoe besteht. 9. Die vortheilhafteste Dosis schwankt zwischen 2.50 und 10.0 cg pro die. 10. Die besten Resultate gibt in erster Linie lösliches arsensaures Eisen (Z a m b e l e t t i) und zweitens Ferrum citricum ammoniatum. 11. Die Injectionen sind unbedingt indicirt bei primärer oder symptomatischer Oligämie und Anämie. 12. Zur Vermeidung des Schmerzes bei der Injection füge man der Lösung etwas Cocain oder Antipyrin zu. — (Communicazione al IV. Congresso medico regionale ligure. Mailand. F. F o s s a t i.) W. kl. W. No. 1.

— Eine neueste Modification der Drainagebehandlung der Hautoedeme besteht nach F ü r b r i n g e r darin, dass ein ca. 2 m langer, im mittleren Theil mit Drainlöchern versehener Gummischlauch mittels Troikart einige Centimeter weit unter dem Corium tunnelartig durchgeführt wird; die beiden Enden hängen frei herab und tauchen in die Sperrflüssigkeit. Einer besonderen Befestigung bedarf der Apparat nicht, durch einen einfachen lockeren antiseptischen Verband wird er genügend fixirt. Die bisher mit demselben gemachten Erfahrungen sind günstig. (D. med. Wochenschr.)

— Eine Vaccineeruption an der Vulva beobachtete N ö l k e. (Mittheil. f. d. Verein Schleswig-Holst. Aerzte. 1898. No. 2.) Eine 40jährige Frau, im neunten Monate gravida, litt an Brennen und Jucken der Vulva, weshalb sie oft scheuerte. Es entwickelte sich darauf ein knotiger Ausschlag, der folgendes Bild bot: Die Labia majora und minora, zum Theil die Schleimhaut des vordersten Vaginalabschnittes sind dicht besetzt mit rundlichen, theils isolirten, theils zu Plaques confluirten Erhebungen; diese sind ziemlich derb, graugelblich, stellenweise nässend, enthalten eine trübe, seröse Flüssigkeit. Einzelne Plaques sind central vertieft. Die Affection ist schmerzhaft, die Inguinaldrüsen sind geschwollen, die Haut entzündlich infiltrirt; Temperatur 38 Grad C. Es war fälschlich die Diagnose auf Condylomata lata gestellt. Genaue Nachforschung ergab, dass 10 Tage vor dem Auftreten des ersten Knötchens das jüngste Kind der Patientin geimpft worden war. Patientin hatte die geimpfte Stelle häufig verbunden. Die weitere Beobachtung bestätigte die Diagnose Vaccine, da sich neue characteristische Pusteln zeigten. Heilung unter indifferenter Behandlung. (Med. Neuigk.)

Ueber einen anderen interessanten Fall von generalisirter Vaccine berichtet D'E s p i n e (Genf). Dieser Fall, welcher zugleich im Namen von Herrn Dr. J e a u d i n, welcher denselben mitbeobachtet hat, mitgetheilt wird, ist bei einem 11monatlichen Mädchen vorgekommen. Die Lymphe war aus dem bewährten Institut von L a n e j. Es handelte sich um keine Autoinoculation, sondern es war eine Ausbreitung der Pusteln auf den ganzen Körper bei vorher intacter Haut, ohne Ekzem etc. Diese Eruptionen traten am 8. Tage nach der Impfung auf, auch vier kleinere auf der Mundschleimhaut waren vorhanden. Das Befinden des Kindes war trotzdem gut. Fieber nicht viel über 38 Grad vorhanden. Temperatur am 11. Tage normal, die Eintrocknung begann auch um diese Zeit und am 19.—20. Tage fielen die Borken ab, der Process war beendet. (Wiener kl. Wochenschr.)

— Im Allgemeinen ärztlichen Verein zu Köln hielt Herr P r ö b s t i n g einen Vortrag über plötzliche Erblindung nach Blutverlusten. Vortragender schildert die klinischen Symptome der Amblyopien und Amaurosen nach Blutverlusten, wie sie besonders nach Magen- und Puerperalblutungen beobachtet werden, und bespricht dann eingehender die verschiedenen Theorien, die zur Erklärung dieser räthselhaften Augenaffectionen aufgestellt worden sind. Keine der Theorien ist im Stande, alle Erscheinungen genügend zu erklären. Die anatomische Untersuchung ergab in einem alten Falle von H i r s c h b e r g totale Sehnervenatrophie, die sich bis zum Chiasma erstreckte; in einem frischen Falle, den Z i e g l e r zu untersuchen Gelegenheit hatte, hochgradige Verfettung des Sehnerven und einzelner Theile der Netzhaut. Dieser Befund wurde von Z i e g l e r als Folge einer localen Ischaemie gedeutet, zu deren Zustandekommen er locale, vom Gehirn angeregte Gefässcontractionen annahm. Um diese Gefässcontractionen zu erklären, erinnert Vortragender an gewisse Versuche von L u s a n n a, B r o w n - S é q u a r d und E b s t e i n, die ein directes Abhängigkeitsverhältniss der Gefässe der Magen- und Darmwand von bestimmten Hirntheilen ergaben. Verletzungen dieser Hirntheile — besonders der vorderen Vierhügel

und des Thalamus opticus — bewirkten zahlreiche Blutextravasate in der Schleimhaut des Magens und des Kolon. Diesen Vorgang erklären sich die angegebenen Forscher durch eine plötzliche Contraction der kleinen Arterien und Venen der betreffenden Stellen. Es wäre nun vielleicht möglich, dass auch umgekehrt durch Blutungen der Schleimhaut der Brust- und Bauchorgane locale Contractionen der Hirngefässe zu Stande kämen. Zum Schlusse bespricht Vortragender noch einen einschlägigen Fall, den er vor einiger Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte, wo nach einer Magenblutung eine fast völlige Erblindung des linken und eine Herabsetzung der Sehschärfe des rechten Auges herbeigeführt wurde. (M. med. Wochenschr.)

— Eine verbesserte Methode zur Behandlung der Lostrennung der unteren Femurepiphyse wurde von J. Hutchinson jr. und H. L. Barnard in der Royal Medical and Chirurgical Society of London vorgeführt und durch Skiagramme erläutert. Das Verfahren besteht darin, das Knie in vollständige Flexion zu bringen, so dass die Hacke das Gesäss berührt, und in dieser Stellung die Extremität 10 bis 14 Tage durch einen festen Verband fixirt zu erhalten. Alsdann lagert man auf einer einfachen Winkelschiene (Macintyre's splint), wobei das Knie noch ein wenig flectirt bleibt. Auf diese Weise soll es sehr gut gelingen, die Dislocation (des oberen Bruchstücks hinter das untere) auszugleichen. Auch bei complicirten Fracturen ist die Methode zu empfehlen. Bei den schlechten Resultaten der sonstigen Behandlungsarten, bei denen die Vortragenden unter 30 Fällen nur 6 Mal ein functionsfähiges Gelenk constatirten, dürfte diese Mitttheilung gewiss Beachtung verdienen.

— Bei der am 3. französischen Congress für Urologie in Paris von Malherbe-Nantes eingeleiteten Discussion über die Behandlung der Hydrocele herrschte fast völlige Uebereinstimmung darüber, dass bei einfachen Fällen, also nicht bei complicirten, zweifelhaften oder sehr alten, die Punction mit nachfolgender Injection von reiner Jodtinctur (5 ccm) noch immer das Beste sei. Malherbe injicirt vor letzterer noch 5 ccm einer 2proc. Cocainlösung und wartet dann 5 Minuten; der Kranke kann nach 5—6 Tagen aufstehen und 8—14 Tage nach dem Eingriff der Arbeit nachgehen. Guiard verwendet statt Jodtinctur zur Injection seit 15 Jahren 1 prom. Sublimatlösung und zwar bei einer grossen Zahl von Hydrocelen immer mit gleich gutem Erfolge.

— Im Centralblatt für Gynäkologie, 1899, No. 1 wirft Olshausen die heute sehr berechtigte Frage auf, welche Krankheitsprocesse zum Puerperalfieber zu rechnen seien, ob nur die durch Strepto- und Staphylococcen bedingten Affectionen, oder auch andere? Auch discutirt er die Frage, ob es klinisch möglich ist, die Infection im engeren Sinne von der Intoxication zu trennen? Er erinnert an Infectionen bei Wöchnerinnen, die auch vom Genitaltractus ausgehen, wie Tetanus, Scharlach, Diphtherie und vor Allem Gonorrhoe, und die doch kein eigentliches Puerperalfieber sind. Nach O.'s Ansicht sollen nur diejenigen Erkrankungen der Wöchnerinnen Puerperalfieber heissen, welche durch septische Microorganismen bedingt werden, gleichviel, ob dabei eine Infection im engeren Sinne oder nur eine Intoxication zu Stande kommt.

Praktisch wichtig ist diese Erörterung durch die Anzeigepflicht der Aerzte und Hebammen, die „Kindbettfieber" zu melden haben, aber nach O.'s Ansicht eine gonorrhoische Peritonitis puerperalis z. B. nicht. Auch in gerichtlich-medicinischer Hinsicht kann die Entscheidung einer solchen Frage von grosser Bedeutung werden. (Münch. med. W.)

— Ausgehend von der durch zahlreiche neuere Untersuchungen festgestellten Thatsache, dass der Zucker die Contraction der Muskeln verstärkt, hat G. Keim (Compt. rend. de la soc. de biolog. 98) bei zehn Patientinnen mit primärer Wehenschwäche Milchzucker in Dosis von 20—25 gr als wehenbeförderndes Mittel versucht. Der Erfolg war in allen Fällen ein frappirender: in kurzer Zeit begannen sich die Wehen zu verstärken und häufiger zu werden und die Austreibung der Frucht, in einem Falle auch der retinirten Placenta, ging prompt von statten. Verf. empfiehlt dringend, das völlig ungefährliche Mittel in einschlägigen Fällen zu versuchen, doch betont er, dass bereits eine gewisse Eröffnung des Cervix vorhanden sein müsse, wenn die Wirkung prompt eintreten soll, da der Zucker anscheinend vorwiegend auf die Muskulatur des Fundus uteri wirke. Grössere Dosen steigern die Wirkung nicht, dagegen kann man den Erfolg andauernder machen, wenn man die kleinen Dosen (je 20—25 gr) häufiger wiederholt.

— Zur Entfernung von Scheidenpessarien empfiehlt Max Madlener-Kempen (Ctrlblatt f. Gyn. 97 No. 40) die Gigli'sche Drahtsäge, einen ringsum mit niedrigen, scharfen Zähnen versehenen elastischen, leicht biegsamen Stahldraht von der Dicke eines mittelstarken Seidenfadens. Das eine Ende des Drahtes wird mit Hilfe einer stark gebogenen Dechamp'schen Nadel um den vorliegenden Pessartheil herumgeführt und darauf die Enden des Drahtes mit den zur Säge gehörigen Handgriffen verbunden. Durch abwechselndes Ziehen an den Griffen kann der Ring ohne Mühe durchsägt werden. Dieses Verfahren ist ohne Narkose und mit grösster Schonung für den Kranken durchführbar. Der Draht lässt sich fast mit derselben Leichtigkeit wie ein Seidenfaden, von einer entsprechend gebogenen, gestielten, stumpfen Nadel (Dechamp'sche oder Aneurysmanadel) geleitet, um das Pessar führen. Der Draht selbst, der an seinen Enden zur Aufnahme der Handgriffe zu einer Oese umgebogen ist, kann beim Einführen nirgends einstechen. Während des Sägens können Nebenverletzungen leicht vermieden werden. Vor der galvanokautischen Schlinge hat die Drahtsäge den Vorzug, dass Verbrennungen von Vulva und Vagina ausgeschlossen sind, und dass sie als sehr billig leicht zu beschaffen ist. (Ther. d. Gegenw.)

— F. Westermark-Stockholm hat die von Welander angegebene Methode, Schankergeschwüre, Psoriasis, Favus etc. mit hohen Temperaturgraden zu behandeln, auf inoperable Uteruscarcinome übertragen. Er benützt hierzu eine spiralförmig gedrehte silberne Röhre, welche in die vorher ausgekratzte Carcinomhöhle gelegt wird, und von einem Regulator mit heissem Wasser gespeist wird. Die Temperatur in der Spirale soll so hoch sein, als sie nur vertragen wird. Meist genügen schon 42—44 Grad C. Die Dauer der Applikation beträgt in der Regel 48 Stunden. W. hat das Verfahren bisher in sieben Fällen be-

nutzt. Der Erfolg war stets insofern günstig, als die Blutung und Jauchung verschwanden und die Kranken sich ziemlich schnell erholten. Eine „Heilung" des Krebsgeschwürs beobachtete W. nur in einem Fall, bei der jedoch bei der Entlassung noch „eine Infiltration im Parametrium" bestand. (Centralbl. f. Gyn.)

Kleine Mittheilungen.

— In Cleveland, O., hat sich auf Anregung von Dr. E. Rosenberg vor 3 Monaten eine „Deutsche medicinische Gesellschaft" constitutirt, der sich bis jetzt die Mehrzahl der dortigen deutschen Aerzte angeschlossen hat. Die Beamten der Gesellschaft sind folgende: Dr. E. Rosenberg, Präsident; Dr. M. Loewenthal, Vicepräsident; Dr. S. Riegelhaupt, Schatzmeister; Dr. C. Schmitz, Secretär (Office, 1425 Lorain Str.). Wie in den Sitzungen, die stets sehr besucht waren, die Wissenschaft bisher gepflegt wurde, geht aus folgenden Vorträgen hervor: Es sprach Dr. Rosenberg über „Brustfellentzündung"; Dr. M. Kahn über „Grippe"; Dr. C. Schmitz über die „therapeutische Verwerthung des Sozojodolsalze"; Dr. Riegelhaupt über „Tetanus" und „Lebercirrhose"; Dr. Löwenthal über „Die Behandlung von Geistes- und Nervenkrankheiten in der Privatpraxis." Das ständige Sitzungslocal der Gesellschaft befindet sich im Pythian-Tempel. (Einges.)

— In der letzten Versammlung des Board of Directors der N. Y. Post Grad. Med. School and Hospital wurde Dr. Andrew von Grimm zum Adjunct Professor für Kinderkrankheiten an obengenannter Anstalt ernannt.

— Der 17. Congress für innere Medicin findet vom 11.—14. April 1899 zu Karlsbad statt. Folgende Themata kommen zur Verhandlung: Die Insufficienz des Herzmuskels. Referenten: Von Schroetter-Wien und Martins-Rostock. Leukämie und Leukocytose. Referenten: Löwit-Innsbruck und Minkowsky-Strassburg. Zahlreiche andere Vorträge sind angemeldet.

— Der 28. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wird vom 5.—8. April in Berlin tagen

— Ueber die Ergebnisse der Commissionsberathungen, welche Anfangs dieses Monats im Reichsamt des Innern in Berlin über die Revision der medicinischen Prüfungsordnung stattfanden, theilt die Münch. med. Wochenschrift folgendes mit:

Die Studienzeit soll auf 10 Semester festgesetzt werden, wovon 5 Semester auf die Vorfächer (Vorprüfung), 5 auf die Hauptfächer (Hauptprüfung) entfallen. Die wesentlichsten Aenderungen bei der ärztlichen Prüfung werden darin bestehen, dass die Prüfung für Anatomie und Physiologie nicht nochmals besonders vorgenommen werden soll, da den einzelnen Fächern Gelegenheit gegeben ist und sie Gelegenheit nehmen sollen, auf dieses Gebiet einzugehen. In der chirurgischen Prüfung ist besondere Rücksicht auf die topographische Anatomie zu nehmen. Als

weitere Prüfungsgegenstände sind Psychiatrie und Kinderheilkunde aufgenommen worden. Ob für später Zwei- oder Dreitheilung angeordnet werden wird, steht zur Zeit noch nicht fest. Dem Wunsch deutschschweizerischer Professoren auf Anerkennung der Testate nichtreichsdeutscher Universitäten ist nicht stattgegeben, dagegen in Aussicht genommen worden, dass die Belegscheine der Universitäten Zürich, Bern und Basel, mit gewissen Vorbehalten, auf reichsdeutschen Universitäten Geltung haben sollen. Die Zulassung zum Studium der Medicin und zum ärztlichen Beruf auf Grund von Reifezeugnissen deutscher Realgymnasien wurde vorerst verneint. Schliesslich wurde die Ablegung eines praktischen Jahres an einer deutschen Universitätsklinik, Universitätspoliklinik oder an einer sonstigen besonders autorisirten Krankenanstalt vor Ertheilung der Approbation als wünschenswerth bezeichnet. Im Einzelnen ist bezüglich der neuen Bestimmungen noch Folgendes zu bemerken: Es sollen in jedem Jahre 2 Prüfungen stattfinden, die Mitte October und Mitte März beginnen.

Durch Universitätsabgangszeugnisse ist der Nachweis zu führen, dass der Candidat nach Erlangung des Reifezeugnisses mindestens 10 Halbjahre dem medicinischen Studium an Universitäten des Deutschen Reichs obgelegen hat; eine an einer Universität ausserhalb des Deutschen Reichs bestandene ärztliche Vorprüfung darf nur ausnahmsweise als ausreichend erachtet werden. Die Prüfung umfasst fortan folgende Abschnitte:

I. die Prüfung in der pathologischen Anatomie und in der allgemeinen Pathologie; II. die pharmakologische Prüfung; III. die medicinische Prüfung; IV. die chirurgische Prüfung; V. die geburtshilflich-gynäkologische Prüfung; VI. die Prüfung in der Augenheilkunde; VII. die Prüfung in der Kinderheilkunde; VIII. die psychiatrische Prüfung; IX. die Prüfung in der Hygiene.

Seitens der Centralbehörde kann die Prüfung in den Nasen- und Kehlkopfkrankheiten der chirurgischen Prüfung, diejenige in den Ohrenkrankheiten, den Hautkrankheiten und der Syphilis der medicinischen Prüfung zugewiesen werden.

Die Prüfung in der Augenheilkunde wird von einem Examinator in der Augenabtheilung eines grösseren Krankenhauses oder in einer Universitätsklinik oder an Kranken der Poliklinik abgehalten und ist in 2 Tagen zu erledigen.

Die Prüfung in der Kinderheilkunde wird von einem Examinator in der Kinderabtheilung eines grösseren Krankenhauses oder an Kranken der Poliklinik abgehalten und ist an 1 Tage zu erledigen.

In Gegenwart des Examinators hat der Candidat ein krankes Kind zu untersuchen, die Anamnese, Diagnose und Prognose des Falles, sowie den Heilplan festzustellen, den Befund sofort in ein vom Examinator gegenzuzeichnendes Protokoll aufzunehmen und hierauf in einer mündlichen Prüfung nachzuweisen, dass er sich mit den Grundzügen der Kinderheilkunde vertraut gemacht hat.

Die psychiatrische Prüfung wird von einem Examinator in der Irrenabtheilung eines grösseren Krankenhauses oder in einer Universitätsklinik abgehalten und ist an 1 Tage zu erledigen.

In Gegenwart des Examinators hat der Candidat einen Geisteskranken zu untersuchen, die Anamnese, Diagnose und Prognose des Falles, sowie den Heilplan festzustellen, den Befund sofort in ein vom Examinator gegenzuzeichnendes Protokoll aufzunehmen und hierauf in einer mündlichen Prüfung auch an anderen Kranken nachzuweisen, dass er sich mit den Grundzügen der Irrenheilkunde vertraut gemacht hat.

Der Candidat hat nachzuweisen, dass er sich die für einen Arzt erforderlichen Kenntnisse in der Hygiene erworben, mit den wichtigeren hygienischen und insbesondere auch bacteriologischen Untersuchungsmethoden vertraut und die Grundsätze, sowie die Technik der Schutzpockenimpfung zu eigen gemacht hat.

Bei den einzelnen Prüfungsfächern ist die geschichtliche Seite derselben nicht unberücksichtigt zu lassen.

Die Frage, unter welchen Umständen Ausländer zu medicinischen Prüfungen zugelassen werden sollen, wurde fast einstimmig dahin entschieden, dass sie sich denselben Bedingungen, wie reichsdeutsche Candidaten, zu unterwerfen haben.

Die ebenfalls zur Berathung gelangte Frage der Zulassung von Frauen zum medicinischen Studium, bezw. deren Immatriculation, wurde zur Zeit als noch nicht spruchreif bezeichnet, zumal sich die Mehrheit der deutschen Universitäten gegen die Zulassung ausspricht. Uebrigens wurde von allen Seiten betont, dass man keinesfalls eine besondere, etwa leichtere Prüfung der Frauen auf Grund von Hospitantenscheinen für zulässig erachte; es müssten sich vielmehr Frauen, welche in Deutschland als Aerzte wirken wollen, der gleichen Prüfung wie die übrigen Aerzte unterziehen, ehe ihnen die Approbation ertheilt werden dürfte. Dies würde allerdings zur Voraussetzung haben, dass die Immatriculation voranginge, damit sie den Vorlesungen beiwohnen könnten und ihre Zulassung nicht mehr von dem Belieben eines einzelnen Professors abhinge. Vorläufig bleibt den einzelnen Landesregierungen die Stellungnahme zu der vorliegenden Frage überlassen.

— Durch das neue deutsche bürgerliche Gesetzbuch ist die Möglichkeit geboten, Trinker zu entmündigen. Der bezügliche Passus lautet: „Entmündigt kann werden: . . . 3. wer in Folge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich und seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt oder die Sicherheit Anderer gefährdet.“ Solche Trinker können dann der Trinkerheilanstalt übergeben werden, während geisteskranke, epileptische und criminelle Trinker dahin nicht passen. Für letztere acceptirt Bratz Forel's Vorschlag, solche Trinker in die Arbeits- und Correctionshäuser abzugeben. (W. kl. W. No. 2.)

— Als Supplement zum XXX. Bande der „Deutschen Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege“ ist bei Vieweg in Braunschweig soeben der „15. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene“ (Jahrgang 1897), von Dr. Wehmer herausgegeben, erschienen. Nach einem geschichtlichen Ueberblicke des Herausgebers über die Leistungen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege von Seite der einzelnen Länder folgen unter Anderem

die zusammenfassenden Referate über Gesundheitsstatistik (Springfeld), Bau- und Wohnungshygiene (Büsing), Nahrungs- und Genussmittel (Springfeld), Haut- und Muskelpflege, Fürsorge für Verunglückte, Kranke etc. (Flatten), Infectionskrankheiten (Schmidt), Schulgesundheitspflege (Wehmer), Gewerbehygiene (Flatten), Epizootien (Arndt) etc. Preis Mark 9.

— Im Verlage von S. Karger, Berlin, erscheint seit Januar 1899 eine neue „Zeitschrift für Augenheilkunde", redigirt von Prof. Kuhnt in Königsberg und Prof. v. Michel in Würzburg. Dieselbe wird in Monatsheften zu etwa fünf Druckbogen ausgegeben und ausser Originalartikeln aus dem gesammten Gebiete der Augenheilkunde noch klinische Casuistik, Sammelberichte über ausländische Literatur, Sammelreferate, Verhandlungsberichte der ophthalmologischen Gesellschaften etc., bringen.

— Verzogen: Dr. Alexis V. Moschcowitz, 350 W. 58. Str.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

DR. ALFRED MICHEL.
357 W. 30th St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Redigirt von Dr. Alfred Michel.

Bd. XI. New York, März 1899. No. 3

ORIGINALARBEITEN.

Die Industrie künstlicher Arzneimittel.

Von

Dr. Emil Rötheli.

Chemie und Medicin berühren sich an den verschiedensten Punkten, ja im Grunde genommen ist die letztere sehr häufig nichts weiter, wie angewandte physiologische Chemie. Sind doch die Lebensvorgänge nur ein Zusammenwirken der verschiedensten chemischen Prozesse, von Synthesen und Zerlegungen. Wenn auch die Reactionen noch dunkel genug erscheinen, die Erfahrung hat doch in manchen Fällen gelehrt, welches die günstigsten Bedingungen zu ihrem normalen Verlauf sind. Sie zu erhalten, oder wieder zu beschaffen, liegt dem Arzte ob, eine Aufgabe, deren Lösung sehr oft schwierig genug ist. Zwar mehren sich die Anzeichen in erfreulichem Maasse, dass die Chemie der Eiweisskörper in absehbarer Zeit aufgeklärt sein werde, wonach die Behandlung des erkrankten Organismus jedenfalls eine planvollere werden dürfte; die heutige Therapie aber ist im Wesentlichen noch empirische Wissenschaft und infolgedessen auf Mittel angewiesen, die ihr der Zufall verschafft. Bis vor kurzer Zeit bildeten ein Hauptrüstzeug des Therapeuten die verschiedenen als heilkräftig erkannten Droguen thierischer und pflanzlicher Natur. Heute trifft das nicht mehr zu. Die Fortschritte der Chemie haben es mit sich gebracht, dass die Fabrikation der Medikamente aus den Händen des Droguisten in die des technischen Chemikers übergegangen ist, dass man von einer technisch-pharmaceutischen Chemie, von einer Industrie künstlicher Arzneimittel sprechen kann.

Die pharmaceutische Chemie ist ein Kind der allerjüngsten Zeit. Kann man auch Versuche, die physiologisch wirksamen Prinzipien der Arznei-Droguen zu isoliren, ziemlich weit zurück verfolgen, so war doch kaum von einer eigentlichen Industrie zu sprechen. Auch die vereinzelte Anwendung synthetisch erzeugter Körper, wie des Chloroforms, in der ärztlichen Praxis, genügte noch nicht, das Interesse der chemischen Technik zu erwecken. Erst die erfolgreiche Einführung des Chloralhydrates und der Salicylsäure veranlasste vereinzelte Chemiker, sich mit diesem Gebiet zu befassen; mit dem Erfolg der ersten planmässig dargestellten Antipyretica aber war der Darm endgültig gebrochen.

Donath zeigte im Jahre 1881, dass das Chinolin und verschiedene seiner Derivate sich in ihrer physiologischen Wirkung dem Chinin ähnlich verhalten und eröffnete damit der chemischen Speculation ein Feld, dessen Bebauung nicht lange auf sich warten liess. Das Kairin von Fischer und bald darauf das Antipyrin von Knorr, wurden zuerst dem Arzneischatz einverleibt, nachdem Filehne deren antipyretische Eigenschaften festgestellt. Diesen folgten rasch das Thallin von Skraup, das Acetanilid, Phenacetin und die Jodoformersatz-Präparate Jodol und Sozojodol. — Der ausserordentliche Erfolg dieser Erstlinge, speciell des Antipyrins und Phenacetins, ist ja wohl zweifellos zum grossen Theil dem Umstande zuzuschreiben, dass gerade zur Zeit ihres Erscheinens die Influenza zum ersten Mal wieder auftrat, sodass durch das kolossale Krankenmaterial die klinische Prüfung der Präparate sehr erleichtert und die Absonderung der Spreu von den Kernen beschleunigt wurde. Andererseits darf aber ein Theil des Verdienstes auch der Sorgfalt zugeschrieben werden, mit der man sich zuerst über die Wirkung der Körper mit Bezug auf ihre chemische Constitution zu informiren suchte, ein Vorgehen, welches bald genug als zu zeitraubend befunden wurde.

Kaum hatten nämlich die Produzenten organisch-chemischer Producte, namentlich Farben- und Präparatenfabriken, die pecuniären Erfolge dieser ersten synthetischen Arzneimittel erkannt, als sich dieser Kreise ein wahrer Taumel bemächtigte, wie man es bei der Entdeckung eines neuen Goldfeldes zu sehen gewohnt ist. Woche für Woche, Tag für Tag wurden und werden noch neue künstliche Medikamente auf den Markt geworfen, unbekümmert um die Bedürfnissfrage, nur wenige nach eingehender

ärztlicher Untersuchung, viele mit ungenügender, viele aber ohne jede klinische Werthprüfung. Und das Resultat? Quantitativ eine enorme Bereicherung des Arzneischatzes, aber qualitativ? Sehen wir uns das bis jetzt Erreichte etwas näher an!

Das intensivst bearbeitete Gebiet war und ist heute noch das der Antiseptica.

Dass das Jod seinen organischen Verbindungen antiseptische Eigenschaften zu ertheilen vermag, war schon ziemlich früh erkannt worden und zwar wahrscheinlich auf Grund der einfachen chemischen Constitution des Jodoforms, die einen Vergleich mit dem Stammkohlenwasserstoff, dem Methan und dessen Brom- und Chlorsubstituenten ziemlich nahe legte. Es ist deshalb nicht zum Verwundern, dass bei den Versuchen, einen brauchbaren Jodoformersatz zu schaffen, die Darstellung aller möglichen Jodverbindungen eine Hauptrolle spielt. Einige der wichtigsten seien hier kurz angeführt.

Nachdem die schon citirten Präparate Jodol (Tetrajodpyrrol) von Ciamician und Sozojodol (Dijodparaphenolsulfosäure) von Kehrmann anfänglich eine recht wohlwollende Aufnahme fanden, zeigte es sich doch bald, dass sie trotz ihrer Geruchlosigkeit dem Jodoform auf die Dauer keine ernstliche Concurrenz würden bereiten können, hauptsächlich ihrer leichten Zersetzlichkeit wegen. Dieser Misserfolg veranlasste Eichengrün, das letztere selbst, ohne Eingriff in sein Molekül, in eine geruchschwache Verbindung überzuführen, die gleichzeitig sterilisirbar war. Das Jodoformin, wie der neue Körper benannt wurde, eine Molekularverbindung des Hexamethylentetramins (Urotropin) mit Jodoform, erregte zwar berechtigtes Aufsehen, es ergab sich aber nur zu bald, dass auch hier die erweckten Hoffnungen trügerisch waren. Das Präparat spaltet unter dem Einfluss der Wundsekrete Jodoform ab, womit selbstverständlich sein Hauptvorzug, die Geruchlosigkeit, illusorisch wird. Aus ähnlichen Gründen vermochte es auch das von demselben Chemiker dargestellte Jodoformal, das Product der Einwirkung von Jodäthyl auf Jodoformin, zu keiner grösseren Bedeutung zu bringen. — Während die Wirkung der meisten Jodantiseptica auf eine Abspaltung von Jod zurückzuführen ist, trifft das beim Classen'schen Nosophen nicht zu. Dasselbe, ein Tetrajodphenolphtalein, passirt den Organismus unzersetzt und seine antiseptische Wirkung beruht wohl hauptsächlich auf seinem Phenolcharacter, verstärkt durch die Ein-

führung von Jod in das Molekül, wie man denn neuerdings erkannt hat, dass die Einführung von Halogenen in Phenole deren desinficirende Eigenschaften erhöht. Trotzdem man dem Nosophen äusserst günstige Prognosen stellte, hat es auch kein besseres Schicksal gehabt, als die übrigen Jodoform-„Ersatzmittel." Dasselbe lässt sich sagen von all den weiteren Versuchen, durch Beladen von organischen Molekülen mit Jod einen Haupttreffer zu thun und die schönen Namen Sanoform, Xeroform etc. werden wohl bald nur noch in Arzneimitteltabellen anzutreffen sein. Ob das auch für das jüngst auf den Markt gebrachte Jodoformogen gilt, einer von Gaab dargestellten Jodoformeiweissverbindung, muss noch abgewartet werden.

Als intern zu verabfolgender Jodpräparate möge hier noch der kürzlich eingeführten Jodeiweissverbindungen von Dietrich gedacht sein, die er unter dem Namen Eigone als Ersatz für die Jodalkalien empfiehlt. Ueber diese, wie über die Winternitz'schen Jodfette liegen aber noch keine klinischen Rapporte vor; ob namentlich die letzteren eine Rolle spielen werden, ist noch zweifelhaft.

Neben den Jodpräparaten sind es namentlich Phenolderivate die sich als Antiseptica in dem Arzneischatz eingebürgert haben und neuerdings verschiedene Silbersalze, sowie Formaldehydpräparate. Abgesehen von der Carbolsäure, dem Phenol par excellence, haben dessen Homologe, wie Thymol und Menthol, sowie seine Halogensubstituenten grössere Bedeutung erlangt. Speciell dem Parachlorphenol werden gute Wirkungen für die äussere Behandlung von Lupus nachgerühmt. Hierher darf man wohl auch das Chinosol zählen, ein oxychinolinsulfosaures Kalium, das nach Ostermann in der Gynäkologie sehr gute Dienste leisten soll. Weitere Derivate des Phenols, welche ärztliche Verwendung gefunden haben, sind verschiedene Gallussäurepräparate, unter denen sich namentlich das Dermatol, ein basisches Wismuthgallat, eines lebhaften Verbrauchs erfreut. — Im Wesentlichen innerlicher Anwendung dienen mehrere Tanninverbindungen, die alle darauf berechnet sind, die adstringirende Wirkung der Gerbsäure erst im Darm zur Geltung zu bringen. Hierher gehören das Tannalbin von Knoll, eine Tannineiweissverbindung, die dem Diacetyltannin, dem Bayer'schen Tannigen Concurrenz machen soll. Denselben Zweck verfolgen das Tannoform (Methylenditannin) und das Tannon, eine Verbindung von Tannin mit Uro-

tropin, die zum Theil rasch die Beachtung ärztlicher Kreise gefunden haben.

Als Ersatz des Höllensteins sind der Therapie verschiedene neue Silberverbindungen zugeführt worden, einige nicht ohne Erfolg, wie denn das Silber überhaupt der Träger stark antibacterieller Eigenschaften zu sein scheint, selbst dort, wo es in seinen Verbindungen in maskirter Form auftritt. Dem Liebrecht'schen Argonin, einem Caseinsilbersalz, folgten bald das milchsaure Silber (Actol) und das citronensaure (Itrol) die von Credé als Antigonorrhoica warm empfohlen wurden. Am meisten Aussichten auf dauernden Erfolg dürfte wohl das Eichengrün'sche Protargol besitzen, eine Silbereiweissverbindung, welche das Metall in sehr fester Verbindung enthält. Dies ist wohl auch der Grund der völligen Reizlosigkeit des Präparates, ein Vorzug, welcher seinem neuesten Concurrenten, dem Largin von Lilienfeld infolge seines Ammoniakgehaltes in geringerem Maasse zukommt. Das Protargol scheint ausser bei Gonorrhoe auch bei katarrhalischen Augenkrankheiten gute Dienste zu leisten, immerhin sind hierüber die Acten noch nicht geschlossen.

Berechtigtes Aufsehen, sowohl vom rein wissenschaftlichen, wie pharmakologischen Standpunkte aus, hat das Credé'sche lösliche Silber erregt, die Bacilli argenti. Hat man auch seit längerer Zeit verschiedene Metallverbindungen, wie die Hydroxyde von Eisen, Aluminium etc. als eine Art Uebergangsglieder von Kristalloiden zu den Colloiden betrachtet, so galten doch von je her die Metalle selbst als Kristalloide par excellence. Um so schmerzlicher empfanden daher die Vertreter der älteren Schule die Bresche, die in den langsam zerbröckelnden Wall ihrer Anschauungen gelegt wurde, als es Credé gelang, das metallische Silber in einer löslichen (colloidalen) Form zu erhalten. Da der Körper in Salbenform tief in das Gewebe einzudringen vermag, so ist nicht ausgeschlossen, dass er in der Behandlung septischer Krankheiten eine Rolle spielen werde.

Selbstverständlich hat auch auf dem Gebiet der Silberpräparate der Erfolg einzelner Mittel einer ganzen Reihe Concurrenten gerufen, die aber ebenso schnell wieder vrschwinden dürften, als sie aufgetaucht sind.

Von längerer Lebensdauer mögen vielleicht einige Formaldehydantiseptica sein, deren Einführung in die Therapie nach den Erfolgen der Formalindesinfection sehr nahe lag. Das

erste dieser Mittel war das Schleich'sche Glutol, ein Product der Einwirkung von Formalin auf Gelatine, von seinem Entdecker selbstverständlich sehr empfohlen. Seine Hauptbedeutung dürfte aber darin bestehen, dass es zur Darstellung der sogenannten Glutoidkapseln führte. Es sind dies Gelatinekapseln, welche durch die Behandlung mit Formalin ihre Löslichkeit in dem sauren Magensaft eingebüsst haben, im Darme aber zur Lösung gelangen, was selbstverständlich zur Darreichung von Medikamenten, welche erst im Dünndarm zur Wirkung gelangen sollen, von grosser Bedeutung ist.

Stärkere antiseptische Eigenschaften dürften dem Amyloform von Classen, einer Formaldehydstärkeverbindung zukommen, sowie dem Dextroform desselben Chemikers, das ein Dextrinformalin darstellt und sich unter dem Einfluss der Wundsecretion leicht in seine Componenten spalten soll. Ein Formaldehydcaseïn ist ebenfalls schon auf dem Markte, längere Erfahrungen sind aber noch mit keinem dieser Präparate gemacht worden. Ihr Werth oder Unwerth wird erst später zu beurtheilen sein.

Endlich muss hier noch des Ichthyols gedacht werden, des sulfonirten Destillates eines in Tyrol sich findenden bituminösen Gesteins, eine sehr werthvolle Bereicherung des Arzneischatzes. Nachdem es kürzlich Helmers gelungen ist, den widerlichen Geruch des Ichthyols durch Destillation mit Wasserdampf zu entfernen, dürfte das so gereinigte Product, das Desichthyol, sich eines noch weiter zunehmenden Gebrauchs erfreuen. Einen theilweisen Ersatz des Ichthyols für die externe Behandlung soll das Thiol bilden, ein sulfonirtes Braunkohlentheeröl, während sich Lysol (Lösungen von Kresol in Seife) und Creolin (Kresolsulfosäuren) mehr für die gröbere Desinfectionspraxis werthvoll erwiesen haben.

Das Gebiet der Antipyretica und Antineuralgica ist ebenfalls ein Tummelplatz synthetischer Chemiker und die überstattliche Anzahl neuer derartiger Heilmittel würde der pharmaceutischen Chemie ein schönes Spiegelbild ihrer Entwicklung bedeuten, wenn die Qualität mit der Quantität auch nur entfernt Schritt gehalten hätte. — Nach den grossen Erfolgen des Antipyrins (Phenyldimethylpyrazolon) und des Phenacetins (Acetylparaphenetidin) wurde, wie leicht erklärlich, in dieser Richtung unermüdlich weiter gearbeitet. Nachdem sich aber verschiedene der neuen Mittel, auf die man erst grosse

Hoffnung setzte, als Nieten erwiesen hatten, fand man es bald bequemer, sich an das Vorhandene zu halten und die Tauben auf dem Dache unbehelligt zu lassen. Die verhältnissmässig grosse Reactivität des Antipyrins und des Paraphenetidins, der wirksamen Componente des Phenacetins, erleichterte derartige Bemühungen wesentlich und so dürfte es denn bald wenig chemische Operationen mehr geben, die nicht schon auf diese beiden Körper angewendet worden wären. Vereinzelte Erfolge spornten zu neuem Eifer an und das Bedürfniss ist von der Production schon längst überschritten.

Als erfolgreich haben sich von neuen Pyrazolonderivaten erwiesen das Salipyrin, die Salicylsäureverbindung des Antipyrins und das Pyramidon, das Dimethylamidoantipyrin. Auch die Eisenchloridverbindung des Antipyrins, das Ferripyrin, hat einige Beachtung gefunden. — Neben dem Phenacetin haben sich einzubürgern vermocht das Lactophenin, das milchsaure Paraphenetidin (während das erstere die essigsaure Verbindung darstellt), das Phenocoll, welches Amidoessigsäure als zweite Componente enthält und endlich das Salophen, ein Phenacetin, welches an Stelle der Aethylgruppe einen Salicylsäurerest enthält. Ausser diesen wenigen Phenetidinderivaten, denen es bestimmt war, eine Rolle spielen zu dürfen, sind eine ganze Anzahl im Markte erschienen, von besten ärztlichen Empfehlungen begleitet, die auch nicht einmal vorübergehendes Interesse erregten. Gewiss befinden sich welche darunter, deren Werth dem der älteren Präparate nicht nachsteht, wie z. B. das Bindschedler'sche Kryofin, das an Stelle der Essigsäure die Methylglykolsäure enthält, allein es liegt kein Bedürfniss für sie vor, abgesehen von dem Misstrauen, das von ärztlicher Seite den massenhaften Neulingen mit Recht entgegengebracht wird.

Als ob es endlich an den vielen chemischen Individuen, die sich vom Phenacetin oder Antipyrin ableiten, noch nicht genug wäre, bringen verschiedene Fabriken in neuerer Zeit auch noch Gemische in den Handel, die den einen oder anderen der beiden Körper als Componente enthalten und greifen so höchst unnöthiger Weise in die Ordinationsbefugnisse des Arztes ein (Migränin, Cocapyrin, Migrol etc.). Dass solche Gemische Bedürfniss sind, beweist wohl am besten, wie einseitig unser künstlicher Arzneischatz noch beschaffen ist. So ist denn auch ein brauchbarer Chininersatz noch nicht entdeckt und waren die Bemühungen der Zimmer'schen Chininfabriken in Frankfurt

a. M., eine geschmacklose Chininverbindung darzustellen, sehr berechtigt. In dem von dieser Firma fabricirten Euchinin, dem Chininkohlensäureäthyläther, scheint nun auch wirklich ein Präparat vorzuliegen, das alle guten Eigenschaften des werthvollen Alkaloids zeigt, ohne dessen bitteren Geschmack zu besitzen.

Auch der Antiphtisika, die fortwährend auftauchen und verschwinden, ist Legion und es sind auch hier ausser dem vorzüglich wirkenden Guajacolcarbonat nur drei oder vier andere Guajacolderivate, welchen eine Rolle zu spielen bestimmt war. Im Grunde genommen unterscheiden sich dieselben nur durch die Säurecomponente, welche zur Entgiftung der freien Phenolgruppe im Guajacol in das Molekül eingeführt wurde.

Unter den vielen Berufenen der synthetischen Hypnotica sind ebenso wenige auserwählt, wie bei den anderen Gruppen. Die prompte Wirkung des Chloralhydrates (Trichloracetaldehyd), des Sulfonals (dargestellt durch Condensation von Aceton mit Athylmercaptan und Oxydation des erhaltenen Productes) und des Trionals (Homologes des Sulfonals) macht es jedem Concurrenzmittel fast unmöglich, zu grösserer Bedeutung zu gelangen. Eine Ausnahme kann natürlich für den Fall eintreten, dass man ausser der Schlafwirkung noch andere Effecte erreichen will. So soll sich das Peronin, ein von Merck dargestellter Benzoyläther des Morphins, bei Husten von Phtisikern sehr bewährt haben.

Grosses Interesse bieten die künstlichen Anästhetica, eine Gruppe von Arzneimitteln, die der allerjüngsten Zeit entstammen. Die chemische Constitution mehrerer Pflanzenalkaloide ist in den letzten Jahren vollständig aufgeklärt worden, so dass es Merling unternehmen konnte, aus den einfachsten Grundstoffen einen dem Cocain verwandten Körper darzustellen, welcher jenes in manchen Fällen zu ersetzen vermag. Der Erfolg des Eucains, wie dieses erste künstliche Anästheticum benannt wurde, dürfte für die pharmaceutische Chemie von Bedeutung werden, weil er zeigt, dass auf nicht ausgetretenen Wegen noch manches Schöne zu erreichen ist. — Ein weiteres Cocainersatzmittel ist das von Täuber dargestellte Holocain, ein Condensationsproduct von Phenacetin mit Paraphenetidin, das, obwohl von chemisch ganz verschiedener Constitution, ebenfalls local anästhesirende Eigenschaften besitzt. Endlich haben noch Einhorn und Heinz die überraschende Entdeckung ge-

macht, dass alle Amidooxybenzoesäureäther lokale Anästhetica sind und als Repräsentanten dieser Körper das Orthoform in den Handel gebracht, ein Mittel, dem ausser der citirten Eigenschaft auch die eines Antisepticums zukommt.

Auf dem Gebiet der Eisenpräparate herrscht auch kein Mangel, immerhin vermögen sich noch einige Neuerungen Beachtung zu verschaffen, wie die Eisensomatose von Eichengrün, die als leicht assimilirbare Eiseneiweissverbindung den älteren Präparaten Hämol, Hämatogen, Ferratin etc. erfolgreich Concurrenz zu machen vermocht hat.

Aehnliches kann von den vielen Krankennährpräparaten gesagt werden, die alle den Zweck verfolgen, dem Kranken die nothwendigen Ernährungsbestandtheile in möglichst leicht resorbirbarer Form darzureichen. Darf man daher den Erscheinungen dieser Art, den Alcarnosen, Sanosen, Nutrimentosen, dem Tropon etc. nicht ohne weiteres jede Zukunft absprechen, so dürfte doch das Bestreben, aus diesen Eiweisspräparaten Volksnahrungsmittel zu schaffen, nicht sehr aussichtsreich sein, weil, wie Eichengrün sagt, der Mann aus dem Volke sich nicht mit dem Bewusstsein zufrieden gibt, seinem Organismus eine gewisse Anzahl Calorien zugeführt zu haben, ohne Rücksicht auf Ansehen, Geruch und Geschmack seiner Nahrung.

Zum Schluss seien hier noch die Organopräparate erwähnt, mit denen seit den Erfolgen der Schilddrüsentherapie der Markt überschwemmt wird. Es dürfte heute schwer sein, im thierischen Körper ein Organ zu finden, das zu therapeutischen Zwecken noch nicht extrahirt worden wäre. Ob freilich auch nur einzelne davon Bedeutung erlangen werden, ist mehr als zweifelhaft.

Ueberblicken wir nun die Resultate, welche die Chemie der künstlichen Arzneimittel bis jetzt hervorgebracht hat, so müssen wir zugeben, dass sie nicht allzu glänzende sind. Unter den nahezu dreitausend Mitteln, welche bis heute im Markt erschienen sind, haben noch nicht einmal hundert sich eine dauernde Stellung in der Therapie zu erwerben vermocht und noch ist für längere Zeit nicht zu erwarten, dass die Qualität sich auf Kosten der Quantität verbessern werde. — Die Gründe dafür sind verschiedener Natur.

Einmal ist es die Unzahl der chemischen Betriebe, welche durch die pecuniären Erfolge einiger Heilmittelfabriken ermuntert wurden, sich dieses Gebietes zu bemächtigen. Da ihnen der

physiologisch-medizinische Apparat fehlt, den sich die grossen Fabriken leisten können, so sind sie darauf angewiesen, fortwährend Producte zu erzeugen, deren ähnliche chemische Constitution gleichartiges physiologisches Verhalten mit schon erprobten Mitteln erwarten lässt. Die Leichtigkeit der Darstellung vieler dieser Präparate ist natürlich auch nicht geeignet, diesen Versuchen hemmend entgegenzutreten. Ferner ist unsere Kenntniss von den Beziehungen zwischen Constitution und Verhalten im Organismus noch eine äusserst beschränkte. Wohl hat man schon allgemeine Regeln aufgefunden, die bei der Darstellung neuer Mittel als Richtschnur dienen können, allein dieselben sind noch sehr ungenügend und beziehen sich ausserdem hauptsächlich auf das Gebiet der Antiseptica und Antipyretica, das gerade am meisten überfüllt ist. So bleibt den Fabriken nicht viel anderes übrig, als in der alten Richtung hin weiterzuarbeiten, in der Hoffnung, dennoch dann und wann einen Treffer zu machen. Dass aber jedes neue Product, das in den meisten Fällen doch den älteren höchstens gleichwerthig sein kann, sogleich auf den Markt gebracht wird, dürfte sich sehr gegen das Interesse dieser Industrie erweisen. Schon heute ist es dem Arzte unmöglich, sich in dem Wust von Namen und Anpreisungen zurecht zu finden und dass er den neuen Erscheinungen mit wachsendem Misstrauen begegnet, ist nur selbstverständlich. — Endlich mag auch der Erfolg der Serum- und Organotherapie dazu beitragen, dass das ärztliche Interesse sich von den synthetischen Heilmitteln langsam aber stetig abzuwenden beginnt.

Trotzdem kann nicht behauptet werden, dass sich diese Industrie erschöpft habe. Das schöne Resultat des Merling'schen Eucaïns hat gezeigt, dass es der unbebauten Gebiete immer noch gibt, vorausgesetzt, dass man sie zu finden wisse. Es sind der schmerzlich empfundenen Lücken in unserem Arzneischatze noch viele, abgesehen davon, dass auch jetzt noch für die eine oder andere Indication zu einem schon vorhandenen Mittel ein Seitenstück wünschenswerth wäre. Freilich darf hierzu die Mühe nicht gescheut werden, auch complicirtere chemische Operationen vorzunehmen, wie das in der Farbenindustrie längst nothwendig geworden ist. Die dadurch bedingte Concentration der Production in grössere Betriebe kann einer gründlichen Prüfung der Präparate nur günstig sein; wie auch einer Ueberfüllung des Marktes mit werthlosen Producten im eigenen Interesse der Produzenten viel leichter gesteuert werden könnte.

Wohl das Haupterforderniss endlich zum weiteren Gedeihen dieses Industriezweiges ist die unermüdliche Förderung der physiologischen Chemie; planmässig muss eine Körperklasse nach der anderen durchgearbeitet und auf ihr Verhalten geprüft werden, bis man im Stande ist, die „physiologische Reaction" einer Verbindung voraussagen zu können.

Solange das nicht der Fall ist, dürfte es der pharmaceutischen Chemie kaum gelingen, sich über das zu erheben, was sie heute ist, ein Gebiet wilder Speculation und unwissenschaftlicher Pröbelei.

Paterson, N. J.

Die Anwendung des Holocain als Lokalanæstheticum bei Augen-, Ohren-, Hals- und Nasenoperationen.*

Von

Dr. J. Guttmann.

Bevor ich auf den eigentlichen Gegenstand meiner Besprechung eingehe, will ich kurz die Entstehungsgeschichte des bis heute meist gebrauchten Localanästheticums, des Cocains, berühren. Im Jahre 1855 schied Gaedeke aus den Cocoblättern ein krystallinisches Alkaloid aus, das er „Erythroxylin" benannte, fünf Jahre später wurde dieses Alkaloid von Mantegazza und Albert Niemann genauer untersucht und von Letzterem Cocain genannt. Dieser erkannte schon damals die localanästhetische Wirkung, die das Cocain auf Schleimhäute ausübt. Recht sonderbar muss aber seine Behauptung uns heute erscheinen, die da lautet, dass das Cocain im Auge eigenthümlicher Weise keine Anästhesie hervorbringt. Drei Jahre später wendete Moreno-Y-Maiz als Erster das Cocainacetat hypodermisch an mit recht gutem Erfolge.

Zwanzig Jahre lang blieb nun dieses werthvolle Medicament eine nur von sehr wenigen gekannte Substanz, der weiter keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Erst im Jahre 1884 wurde dem Cocain durch Koller[1]) sein hervorragender Platz im Arzneischatze gesichert, nachdem er durch zahlreiche

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York am 6. März 1899.

[1]) Wiener med. Wochenschr. 1884.

Publicationen und Experimente seine vortheilhafte Anwendung in der Augenheilkunde uns zeigte. Kurze Zeit nach Koller kam Jellinek[2]), auch ein Zögling der Wiener Alma Mater, der die segensreiche Anwendung des Cocains in der Ohren-, Hals- und Nasenpraxis nachwies. Diejenigen wissen am besten das grosse Verdienst Koller's und Jellinek's zu würdigen, die ihre Cataract-Extractionen oder Iridectomien ohne die Beihülfe des Cocains ausführen mussten, oder diejenigen, die ihre laryngologischen Untersuchungen und Operationen, wie Tuerk, mit Hülfe von Morphiumeinpinselungen, oder wie später Schröter mittelst vorhergehender Chloroformeinpinselung ausführten. Es gehört nicht viel Phantasie dazu, sich die Schwierigkeiten und Gefahren einer solchen Procedur auszumalen. Den Schatz, der in den Laboratorien vergraben lag, den zu heben und ihn der Menschheit nutzbar gemacht zu haben, bleibt zweifellos das Verdienst Koller's. Diesseits des Oceans war Dr. Knapp[3]) einer der Ersten, der durch vielseitige Versuche an sich selbst und seinen Patienten zur Verbreitung der Anwendung des Cocains das meiste beitrug. Dem grossen Enthusiasmus, durch die glänzenden Eigenschaften des Cocains wachgerufen, folgte bald eine Reaction. Berichte von unangenehmen Zufällen, ja selbst Todesfällen, durch das Cocain verursacht, wurden von vielen Seiten veröffentlicht. Es erscheint daher ganz begreiflich, dass das Verlangen nach einem Ersatzmittel allgemein wurde. Trotzdem konnte keines der bis nun erfundenen Mittel, wie das Eucain, Anisin u. s. w. einen Vergleich mit dem Cocain ausalten, mit Ausnahme des vor 3 Jahren von Dr. Täuber[4]) erfundenen Holocains, welches nicht nur das Cocain ersetzen, sondern in vielen Fällen demselben auch vorgezogen werden kann.

Ich verwende das Holocain nun seit November 1897, sowohl in meiner Privat-, als auch in meiner Dispensarypraxis; bevor ich jedoch dieses Mittel bei meinen Patienten anwandte, versuchte ich dasselbe an mir selbst und an vier anderen gesunden Personen. Meine Beobachtungen hierüber waren folgende: Ich träufelte 2 Tropfen einer 1procentigen Holocainlösung in mein linkes Auge und 2 Tropfen einer 4procentigen Cocainlösung in

[2]) Wiener med. Wochenschr. 1884.
[3]) Arch. of Ophth. 1884.
[4]) Centralbl. f. Augenh. 1897.

mein rechtes Auge ein; ein Unterschied in dem Aussehen beider Augen stellte sich bald ein, während das holocainisirte Auge geröthet und entzündet aussah, erschien das cocainisirte Auge blass und anämisch. Die Anästhesie stellte sich an beiden Augen ungefähr zu derselben Zeit ein. Ich war nicht im Stande, den Behauptungen S c h e r e r's[5]) gemäss, ein schnelleres Zustandekommen der Anästhesie im holocainisirten als im cocainisirten Auge nachzuweisen. Die diesbezüglichen Angaben bei meinen anderen Versuchspersonen waren auch so unbestimmt und widersprechend, dass ich der Ansicht bin, dass die Zeitdauer für das Eintreten der anästhetischen Wirkung bei beiden Mitteln ungefähr eine gleiche ist. Die Anästhesie war bei beiden Mitteln zuerst an der Cornea nachzuweisen, diese ging dann auf die Conjunctiva sclerae über und zuletzt trat die Empfindungslosigkeit der Conjunctiva palpebrae ein. Die Wiederkehr der Empfindlichkeit trat in umgekehrter Reihenfolge auf; die Anästhesie dauerte bei mir und der Mehrzahl meiner Versuchspersonen etwas länger in dem cocainisirten Auge, als in dem holocainisirten. Diese letzterwähnte Beobachtung steht wieder im Gegensatze zu den Beobachtungen Scherer's, der dem Holocain eine promptere und länger dauernde Wirkung im Vergleiche zum Cocain zuschreibt. Ein weiterer Unterschied in beiden Augen bestand darin, dass, während die Pupille, die Tension des Bulbus und die Lidspalte im holocainisirten Auge unverändert blieben, eine bedeutende Veränderung in dem cocainisirten Auge auftrat. Der Bulbus im cocainisirten Auge erschien mehr vorstehend und weicher, die Pupille mydriatisch vergrössert, die Lidspalte bedeutend erweitert gegenüber der der holocainisirten Seite. Um die Accomodationsfähigkeit zu prüfen, näherte ich Jäger's Leseproben an beide Augen abwechselnd so nahe heran, bis J. 1 mir verschwommen und unleserlich erschien. An das holocainisirte Auge konnte ich die Leseproben um ½—1 Zoll näher heranbringen, als an das cocainisirte Auge. Bei den jüngeren Versuchspersonen betrug der Unterschied in der Annäherungsdistanz der Leseproben an beide Augen 1—1½ Zoll. Wenn ein convexes Glas von 1 Dioptrie vor beide Augen abwechselnd gesetzt wurde, konnte ich mit dem cocainisirten Auge 20/50, mit dem holocainisirten 20/40 lesen. Der Unterschied bei den jüngeren Versuchspersonen war mit dem cocainisirten Auge 20/40.

[5]) Kansas City M. Index 1898.

mit dem holocainisirten 20/30. Späterhin liess ich mir die eine Nasenhälfte mit Cocain, die andere mit Holocain anästhesiren. Die Empfindungslosigkeit trat bei mir sowohl, wie bei den anderen Versuchspersonen, bei denen ich die gleiche Procedur vornahm, regelmässig um 5—7 Minuten in der cocainisirten Nasenhälfte schneller auf, als in der holocainisirten. Beim Einpinseln meines Zungenrückens, des Rachens und Kehlkopfes mit Cocain, verspürte ich einen intensiv bitteren, metallischen Geschmack. Es stellte sich das Gefühl einer Beengung und Zusammenschnürung im Halse ein. Beim Einpinseln derselben Stellen mit Holocain war mit Ausnahme eines viel geringer bitteren Geschmackes von den anderen unangenehmen Gefühlen kaum etwas zu merken. — Nach diesen Erfahrungen verwandte ich das Holocain bei meinen Patienten. Ich hatte Gelegenheit, dasselbe zu allererst bei einem Patienten anzunwenden, dessen Septum nasale beiderseits eine beträchtliche Ecchondrose aufwies, welche seine Nasenathmung bedeutend verhinderten. Ich sägte die eine Echondrose unter Holocainanästhesie, die andere einige Tage später, unter Cocainanästhesie, ab. Die Gefühllosigkeit war auf beiden Seiten ungefähr dieselbe, nur trat dieselbe an der cocainisirten Seite schon nach ungefähr 8 Minuten ein, während sie an der holocainisirten Seite erst nach 15 Minuten eintrat. Während der Patient nach Anwendung des Cocains in seiner Nase einen bitteren, unangenehmen Geschmack im Munde, und ein unangenehmes holziges Gefühl im Rachen empfand, vermisste er dieses Gefühl gänzlich bei der Anwendung des Holocains. Während in der cocainisirten Hälfte die Schwellkörper abblassten und sich contrahirten, so dass die Nasenhälfte vollkommen durchgängig wurde, schwand die Turgescenz der Schwellkörper in der holocainisirten Nasenhälfte nicht. Die Blutung war in der cocainisirten Nasenhälfte während und nach der Operation eine minimale, in der holocainisirten Nasenhälfte hingegen war die Blutung eine recht bedeutende. Hierauf hatte ich Gelegenheit, bei einem an Phthisis laryngis leidenden Patienten, behufs Linderung seiner Schmerzen beim Schlucken, das eine Mal Cocain, das andere Mal Holocain anzuwenden. Er war immer zufriedener, wenn ich das neue Mittel, das Holocain, anwendete, da er das unangenehme, bittere, holzige Gefühl im Rachen beim Holocain nicht verspürte. Nachher wandte ich das Holocain an bei einer Cataract-Extraction, bei einer Discission einer secundären Catract, bei Tenotomien für Schielen, bei Aus-

pressen von granulären Trachomen, bei Entfernung von Lidtumoren, von Fremdkörpern aus der Cornea, von Granulationen und Polpen aus dem Ohre, von Nasenpolypen, von hypertrophirten vorderen und hinteren Muschelenden, bei Tonsillotomien, bei Entfernung von adenoiden Vegetationen, von Larynxpolypen u. s. w. Der Erfolg war immer ein zufriedenstellender. Ausserdem habe ich Dr. Knapp bei einer grossen Anzahl von eingreifenden Augenoperationen assistirt, bei denen er immer in zufriedenstellender Weise das Holocain, an Stelle des bis dahin gebräuchlichen Cocains anwendete.

Die chemische Natur des Holocain ist nach den Untersuchungen Täuber's folgende: Das Holocain ist ein Abkömmling des P-Phenitidin und steht in naher Beziehung zum Lactophenin und Phenacetin. Der chemische Name des letzteren ist „Acetyl-p-Phenitidin." Das Holocain ist entstanden zu denken durch Vereinigung molleculärer Mengen von Phenacetin und p-Phenitidin unter Wasseraustritt, nach der Gleichung:

$$C_6H_4\begin{pmatrix} OC_2H_5 \\ NH.CO \\ CH_3 \end{pmatrix} + \begin{pmatrix} OC_2H_5 \\ H_2N \end{pmatrix} C_6H_4 = C_6H_4 \begin{pmatrix} OC_2H_5 \\ NHC \\ CH_3 \end{pmatrix} \begin{matrix} OC_2H_5 \\ N \end{matrix} C_6H_4 + H_2O$$

Nach den Untersuchungen von Schlosser[6]) ist dasselbe eine schön krystallisirende, im Wasser unlösliche, kräftige Base vom Schmelzpunkte 121°. Das salzsaure Salz krystallisirt in weissen Nädelchen, welche in siedendem Wasser gut löslich sind, dagegen enthält die gesättigte Lösung nur etwa 2.5 Procent des Salzes. Die vollständige Lösung schmeckt schwach bitter, reagirt vollkommen neutral und wird durch Kochen nicht verändert. Wird das Kochen in Glasgefässen vorgenommen, oder wenn eine heisse Lösung in eine Glasflasche eingegossen wird, so tritt in den meisten Fällen eine Trübung der Lösung ein und die Wände des Glasgefässes werden matt und undurchsichtig. Die Trübung rührt daher, dass das Glas häufig kleine Mengen Alkali an siedendes Wasser abgiebt, dieses macht aus der Lösung eine entsprechende Menge der sonst unlöslichen Anidinbase frei, die amorph ausfällt. Will man die Trübung vermeiden, so benütze man statt Glas- Porcellangefässe oder nach Nathanson[7]) Glasgefässe, die in mit Salzsäure versetztem Wasser ausgekocht sind.

[6]) Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1897.
[7]) St. Petersburg. med. Wochenschr. 1897.

Physiologische Wirkung: Die anästhetische Wirkung kommt nach den Untersuchungen von Heintz*) zustande durch Lähmung der sensiblen Nervenendigungen und nicht etwa secundär, ähnlich anderen Localanästhetica, durch Ischämie oder Kälteerzeugung. Dies bewies er mittelst des Versuches am entbluteten Reflexfrosch: Ein Frosch dem das Gehirn zerstört und das Herz ausgeschnitten ist, wird an ein Gestell aufgehangen. Das eine Bein wird in ⅓ Procent Salzsäure getaucht. Nach 2—3 Secunden zieht der Frosch die betreffende Extremität unter heftigen Abwehrbewegungen aus der Salzsaurelösung. Nun wird dieselbe Extremität in 1 Proc. Holocainlösung gebadet, darauf trocken abgewischt und in 0.6 Proc. Kochsalzlösung abgespült und in ⅓ Proc. Salzsäure gebracht. Der Frosch zieht die Extremiät, wenn die Einwirkung des Holocain nur kurze Zeit gedauert hat, nach 5—12 Secunden aus der Salzsäure heraus, hat das Holocain längere Zeit (1 Minute) eingewirkt, so zieht er sie überhaupt nicht heraus. Es ist damit bewiesen, dass das Holocain in der That die sensiblen Nervenendigungen lähmt. Eine 1 Proc. Lösung von Holocain wirkt hemmend auf das Bacterienwachsthum, und ist daher ein gutes Antisepticum. In die Blutbahn aufgenommen, erweist sich das Holocain als heftiges Krampfgift, ähnlich dem Strychnin. Die toxische Dosis beträgt für die Maus 0.001 gr., für das Kaninchen von 2000 gr. betrug die niederste toxische Dosis von Holocain 0.01, vom Cocain 0.05, vom Eucain 0.075 gr.

Wenn wir nach dem Vorhergesagten eine Parallele zwischen den Localanästhetica Holocain und Cocain ziehen wollen — das dritte, das Eucain, kann füglich übergangen werden, da es viele Nachtheile, hingegen kaum einen Vorzug gegenüber den zwei erstgenannten Localanästhetica besitzt, — so ergeben sich folgende Schlussfolgerungen: Aus meinen Versuchen am gesunden Auge hat sich ergeben, dass beide Mittel die gemeinsame Eigenschaft besitzen, lähmend auf die sensiblen Nervenendigungen einzuwirken, demzufolge sind sie beide gute Localanästhetica. Es besteht kein grosser Unterschied in der Zeit, der vom practischen Standpunkte in die Waagschale fallen könnte, weder was den Beginn, noch was das Aufhören der Anästhesie betrifft. Ein Unterschied in der Intensität der Anästhesie ist auch nicht vorhanden; infolge dessen kann bei den

*) Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1897.

üblichen Augenoperationen, das eine Mittel so gut wie das andere, ohne besondere Discrimination gebraucht werden. Während aber das cocainisirte Auge bei meinen Versuchen blass, gross mit erweiterter Pupille und Lidspalte, vorstehend und weicher erschien, erschien das holocainisirte Auge geröthtet und entzündet, von unveränderter Grösse, unveränderter Pupille, unveränderter Weite der Lidspalte und normaler Tension. Dieser Unterschied in der Wirkung beider Mittel lässt sich folgendermassen erklären. Das Cocain hat bekanntermassen ausser der Eigenschaft, lähmend auf die sensiblen Nervenendigungen einzuwirken, auch die Eigenschaft, dass es reizend auf die sympathischen Nervenfasern einwirkt. Es wirkt daher indirect als kräftiger Vasoconstrictor. Sowohl die Blut-, als auch die Lymphgefässe contrahiren sich kräftig unter Anwendung von Cocain, daher die Blässe des Auges. Das Austrocknen der Cornealoberfläche ist zum grossen Theile auch auf die vasoconstrictorische Wirkung des Cocains zurückzuführen, wiewohl das Aufhören des reflectorischen Lidschlages auch seinen Antheil daran hat. Die erweiterte Lidspalte, die erweiterte Pupille, die verminderte Accomodationsfähigkeit und verringerte Tension des Bulbus ist auch auf die durch das Cocain bedingte Sympathicusreizung zurückzuführen. Von einer Sympathicuseinwirkung, bedingt durch das Holocain, war weder in meinen, noch in den Versuchen andererderer Beobachter etwas zu merken. Daraus ergiebt sich, wann wir das eine und wann wir das andere Mittel anwenden sollen. Zur Entfernung eines Fremdkörpers aus der Cornea werden wir das Holocain vorziehen, da die bei Cocain auftretende Mydriasis doch nur unangenehm und störend wirkt. Bei Schieloperationen ist auch das Holocain vorzuziehen, da das Cocain schrumpfend auf den Muskel einwirkt und einzelne Fasern desselben aus diesem Grunde häufig vom Schielhaken unentdeckt bleiben. Das Cocain andererseits ist dem Holocain vorzuziehen, bei einer Iridectomie, wo die Irisgefässe atheromatös erscheinen, und wir eine heftige Irisblutung erwarten können. Die vasoconstrictorische Wirkung, die Herabsetzung der Tension und die darauffolgende Vertiefung der vorderen Kammer sind hier Umstände, die zu Gunsten des Cocains den Ausschlag geben. Bei einer Cataractextraction mit sehr enger Pupille ist auch dem Cocain, seiner mydriatischen Eigenschaft wegen, der Vorzug zu geben. Bei den übrigen Augenoperationen besitzt keines der genannten Mittel einen Vorzug dem anderen gegen-

über, wenn nicht etwa die bactericide Eigenschaft des Holocains doch zu Gunsten des Holocains gegenüber dem Cocain in die Waagschale fallen sollte. Wie schwierig und zeitraubend die Procedur ist, eine Cocainlösung zu sterilisiren, ist doch allgemein bekannt. Bei Ohren-, Hals- und Nasenoperationen muss jedesmal erwogen werden, ob der Nachtheil der stärkeren Blutung den Nachtheil der Schrumpfung aufwiegt. Dass die Eigenschaft des Cocains, Gewebe zum Schrumpfen zu bringen, vom Nachtheil sein kann, will ich durch folgenden Fall illustriren: Eine etwas nervöse Patientin, die an behinderter Nasenathmung litt, wurde mir von Dr. L. behufs Behandlung überwiesen. Bei postrhinoscopischer Untersuchung fand ich, dass die Ursache ihrer Beschwerden in einer Hypertrophie des hinteren Endes der unteren Muschel lag. Da die Patientin sehr empfindlich war, pinselte ich ein wenig Cocain in die zu operirende Nasenhälfte ein. Beim Eingehen mit der kalten Schlinge war ich nicht im Stande, den vorher so deutlich gesehenen Tumor zu fassen. Bei nochmaliger postrhinoscopischer Untersuchung überzeugte ich mich, dass der vorher gesehene Tumor ganz geschrumpft und nahezu verschwunden war. Hätte ich bei dieser Patientin statt Cocain Holocain angewandt, so hätte ich mir die unangenehme Situation ersparen können, die Patientin ein zweites Mal zu diesem Zwecke kommen lassen zu müssen. Das häufige Klagen der Patientin bei Anwendung des Cocains in Hals- und Nasenoperationen über einen intensiv bitteren Geschmack und über ein Gefühl von Enge und Trockenheit im Rachen, das den Patienten zu erneuerten Räuspern reizt und dadurch häufig unangenehme Nachblutung erzeugt, fällt bei Anwendung des Holocains gänzlich weg. Wir werden daher das Holocain dem Cocain vorziehen, nicht blos dort, wo wir die schrumpfende Eigenschaft des Cocains vermeiden wollen, wie bei Entfernung von Granulationen im Ohre, von hypertrophischen Muschelpartien in der Nase, von kleinen Polypen im Ohre, Kehlkopf oder Nase, sondern auch bei anderen Operationen in den vorher genannten Organen, wo wir die anderen, früher erwähnten, unangenehmen Begleiterscheinungen des Cocains vermeiden wollen. Dass bei cocainsüchtigen Personen, oder bei solchen, die infolge häufiger Anwendung des Cocains eine Tendenz haben, Cocainophagen zu werden, das Holocain als Ersatzmittel gute Dienste leisten kann, ist doch vollkommen klar.

Zum Schlusse will ich noch bemerken, dass in der Zeitdauer

von über einem Jahre, wo ich bei allen Operationen, wo es nur anging, das Holocain an Stelle des Cocains verwendete, ich nicht ein einziges Mal irgend eine gefahrdrohende toxische Erscheinung nach dem Gebrauche von Holocain sah, wiewohl ich dieses Mittel bei ungefähr 150 Operationen anwendete. Vor einer subcutanen Injection mit Holocain ist nach den Untersuchungen mancher Autoren jedenfalls zu warnen.

Wiewohl das Holocain das Cocain niemals wird ganz verdrängen können, so wird es häufig nicht nur dem Cocain gleichgestellt, sondern in manchen Fällen ihm auch vorgezogen werden können.

709 Madison Ave. und 338 E. 4th St.

Entfernung eines grossen Fibromyoms des Uterus durch Trachelotomie und Zerstückelung (Morcellement) mit Erhaltung des Uterus.

Von

H. J. Garrigues.

Frau A. M., 46 Jahre alt, wurde am 16. December 1898 von mir operirt. Sie war 25 Jahre verheirathet gewesen, hatte 4 Kinder geboren, das letzte vor 20 Jahren, und hatte vor 2 Jahren abortirt.

Vor 6 Jahren wurde sie wegen „Ulceration der Gebärmutter" von einem anderen Arzt behandelt.

In früheren Jahren war die Menstruation ziemlich regelmässig; während der beiden letzten Jahre kam sie mit Zwischenräumen von 3—4 Monaten. In jüngeren Jahren war sie schmerzhaft, aber nie profus. Während der letzten 6—7 Monate war das Uriniren sehr beschwerlich. In sitzender Stellung konnte sie das Wasser überhaupt nicht los werden, sondern nur wenn sie ganz ausgestreckt lag oder aufrecht stand.

Sie klagte über Schmerzen im ganzen Bauch, besonders nach dem Stuhlgang.

Bei der Untersuchung stellte sich heraus, dass der Uterus eine ebene Masse wie zu Ende des fünften Monats der Schwangerschaft bildete. Der Fundus reichte bis zu 2 Fingerbreit unter dem Nabel hinauf, und der untere Theil war in das Becken ein-

gekeilt, liess sich aber emporschieben, und dann war der Uterus frei beweglich.

Der Muttermund bildete eine birnförmige Oeffnung und maass 2 Zoll von Seite zu Seite. Die vordere Lippe war ganz dünn, während sich in der hinteren eine Geschwulst befand, die tiefer als das Os selbst hinabreichte. Sie war mit einer dunkelrothen Schleimhaut bedeckt und war adherent an dem Cervikalkanal, von dem sie sich aber an den meisten Stellen abtrennen liess.

Da die Frau leidend war, und bedenkliche Drucksymptome sich schon eingestellt hatten, war es meine Absicht die Gebärmutter mittelst abdominaler Totalexstirpation zu entfernen.

Als sie zu dem Zweck aetherisirt war, wiederholte ich aber die Untersuchung, und fand, dass der Tumor rechts und hinten verhältnissmässig frei war, indem hier nur Adhäsionen waren, die sich theils mit dem Finger, theils mit einer langen geschlossenen Scheere trennen liessen. Vorn und zur linken bildete die Geschwulst dagegen eine Masse mit dem Körper des Uterus.

Nach diesem Befund veränderte ich meinen Operationsplan. Ich schnitt vor allem die Cervix beiderseits bis zum Vaginalgewölbe ein, wodurch sehr viel Platz gewonnen wurde. Darauf machte ich einen Einschnitt in das unterste Ende des Tumors und führte das eine Blatt einer starken Hakenzange in die Oeffnung und fasste die Aussenseite des Tumors mit dem anderen. Sodann umschnitt ich ein hühnereigrosses Stück von der Geschwulst, ehe ich es aber lostrennte, ergriff ich einen höheren Theil der Geschwulst. Dieselbe Procedur wurde nun einmal nach dem anderen wiederholt. Einige Stücke waren faustgross. Die ganze Zeit musste ich die Geschwulst von ihrem Zusammenhang mit dem Uterus mittelst Nägel, geschlossener Scheere oder durch Scheerenschnitte trennen. Der letzte Theil bildete eine Masse mit dem Fundus uteri und einem Theil der vorderen Wand des Körpers, aber auch hier gelang es, eine Trennungslinie herzustellen, bis endlich die ganze Geschwulst entfernt war. Ein Finger konnte nun in die Höhle eingeführt werden. Die Wände waren noch gross und dick, enthielten aber keine Geschwülste. Anfangs war die Blutung gering, aber die höheren Theile waren viel gefässreicher und enthielten eine grosse Cyste.

Indem man immer stark nach unten zieht, wird die Blutung in Schranken gehalten, da theils die Arteriae uterinae, theils die Schnittflächen in der Cervix stark comprimirt werden, die

ersteren durch Druck gegen den Beckenrand, die letzteren gegen die Geschwulst. Als alles heraus war, bluteten die Schnittflächen stark, die Blutung wurde aber leicht durch die Einführung jederseits von 3 Chromcatgut-Suturen gestillt. Von der Innenseite des Körpers war die Blutung aber mässig. Ich füllte die Höhle mit Jodoform-Gaze-Streifen und stopfte die Scheide voll mit demselben Material und Creolin-Tampons.

Der Tumor wiegt 28 Unzen. Sehr starke Zangen mit dicken Zinken sind erforderlich, da andere ausreissen. Die Substanz war meistens breiig, an einzelnen Stellen mit mehr Bindegewebe durchschossen. Microscopische Untersuchung zeigte, dass es ein Fibromyom war.

Wäre da eine heftigere Blutung gewesen, würde ich den Uterus selbst auf dieselbe Weise, das heisst durch Zerstückelung, entfernt haben. Wie es war, war dies aber nicht nöthig, und Patientin hatte den Vortheil, das Organ zu behalten, nach der Operation absolut frei von Schmerzen zu sein, nach einer Woche aufstehen zu können, und nach zwei Wochen vollständig wohl nach Hause gehen zu können. Bei der Entlassung hatte der Uterus sich auf durchaus normale Dimensionen contrahirt.

Wenn diese Methode anwendbar ist, bietet sie ausser dem Vortheil der Bewahrung der inneren Geschlechtstheile, die bei dem Alter der Patientin von geringerer Bedeutung war, noch den sehr erheblichen der grösseren Sicherheit, des k rzeren Verlaufes der Nachbehandlung und der Freiheit von den heftigen Schmerzen, die durch den Druck auf Nervenstämme, bediene man sich nun zur Blutstillung der Klammern oder der Ligaturen, unvermeidlich sind.*)

*) Das Präparat wurde in der Februar-Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft vorgezeigt.

716 Lexington Ave.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

17 West 43. Strasse.

Sitzung vom Montag, den 5. Dezember 1898.

Präsident Dr. W. Freudenthal eröffnet die Sitzung 8¼ Uhr und theilt mit, dass er die Herren Dr. Schottky, Dr. Honegger und Dr. L. Heitzmann zu Wahlinspectoren ernannt habe und dass es daher zweckmässig sei, zunäschst den Bericht des Schatzmeisters zu hören, da Dr. Heitzmann später als Wahlinspector verhindert sein werde.

Dr. L. Heitzmann verliest den Bericht des Schatzmeisters für das Jahr 1898, welcher von der Versammlung genehmigt wird.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest hierauf das Protokoll der letzten Sitzung, welches angenommen wird.

Secretär Dr. John A. Beuermann berichtet aus dem Protokoll der letzten zwei Verwaltungsraths-Sitzungen wie folgt: 1. Eine Klagesache, welche in den genannten Sitzungen verhandelt wurde, endigte damit, dass sich die Parteien auf Anrathen des Verwaltungsrathes aussöhnten. 2. Der Verwaltungsrath macht den Vorschlag, dass die Januar-Sitzung statt Montag, den 2., Mittwoch, den 4. Januar stattfinde, da Montag gesetzlicher Feiertag sei. 3. Dr. Boldt beantragt eine Abänderung zu Paragraph 4 der Nebengesetze, wonach einem angeklagten Mitglied das specificirte Anklage schriftlich zügestellt werden soll.

Die Versammlung beschliesst, dem Antrag des Verwaltungsraths gemäss, die nächste Sitzung auf Mittwoch, den 4. Januar zu verlegen. — Zu dem Antrag Boldt reicht Dr. Markievitz ein Amendement ein, welches sammt dem Antrag dem Verwaltungsrath überwiesen wird.

Dr. John A. Beuermann verliest den Bericht des protokollirenden Secretärs für das Jahr 1898, welcher von der Versammlung genehmigt wird.

Dr. A. Rose verliest den Bericht des correspondirenden Secretärs für das Jahr 1898, und wird derselbe von der Versammlung gutgeheissen.

Präsident Dr. W. Freudenthal theilt im Anschluss an den vorstehenden Bericht mit, dass Dr. E. Schopen, Yonkers, während des letzten Monats gestorben ist. Die Versammlung erhebt sich zu Ehren des verstorbenen Mitglieds von ihren Sitzen.

Präsident Dr. W. Freudenthal giebt in dem Berichte des Verwaltungsrathes für das Jahr 1898 eine kurze Uebersicht über die wichtigeren Beschlüsse, welche derselbe im Laufe des Jahres gefasst hat. — Die Versammlung genehmigt den Bericht.

Bericht des Unterstützungscommittees für das Jahr 1898.

Dr. J. W. Gleitsmann, Vorsitzer des Committees, berichtet wie folgt: Am 2. Mai 1898, als Sie den letzten Bericht empfangen haben, waren in der Kasse $357.50. Durch Beiträge von Mitgliedern wuchs der Fond auf $482.50. Die Ausgaben, in mehreren kleinen und einer grösseren Unterstützungssumme, zusammen $374, so dass der Kassenbestand

jetzt $108.50 beträgt. Die Kasse ist in Folge der Ausgaben auf ein geringeres Niveau gekommen als das je der Fall war, und es wurde von dem Committee-Mitglied Dr. Boldt der Antrag gestellt, dass ich als Vorsitzender des Committees Sie ersuchen solle, aus der Vereinskasse dem Unterstützungs-Committee wiederum eine Summe von $300 zu bewilligen.

Die Versammlung beschliesst nach kurzer Debatte, dem Unterstützungs-Committee $300 als Beitrag aus der Vereinskasse zu bewilligen.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Dr. Carl Beck: Ich erlaube mir Ihnen zwei Patienten, welche wegen intraoraler Neubildungen operirt wurden, vorzuführen. In beiden Fällen war die Frage, ob Lues oder Carcinom, eine Zeit lang lebhaft erörtert worden. Der eine Patient, ein 70jähriger Spanier, kam vor ungefähr 1½ Jahren zu mir und gab folgende Geschichte an: Er war bis vor 2 Jahren stets gesund gewesen. Ausser einer hochgradigen Arteriosklerose der Vorderarmarterien, welche durch Röntgenstrahlen sich deutlich demonstriren lässt, waren pathologische Erscheinungen nicht vorhanden, bis Patient an einem „Zahngeschwür" zu leiden begann, welches seiner Meinung nach von den zwei untersten Backenzähnen ausgegangen war. Obgleich sich das Geschwür allmälig vergrösserte, suchte Patient doch erst dann um ärztliche Hilfe nach, als sich intensive Schmerzen im Unterkiefer und eine submaxilläre Schwellung entwickelten. Es waren zwar keinerlei Anhaltspunkte für Lues vorhanden, der behandelnde College hielt sich aber doch für berechtigt nach dem diagnostischen Grundsatz „ex juvantibus et nocentibus" eine Jodkalibehandlung instituiren zu dürfen. Zugleich wurde das Geschwür desinficirt gehalten. Nunmehr soll eine bedeutende Besserung eingetreten sein. Es ist dies meiner Meinung nach als ein unglückliches Moment zu bezeichnen, denn nun schien erst recht der Beweis für die luetische Basis der Neubildung geliefert zu sein. Bald aber trat Weitergreifen der Geschwürsbildung und erneute Schwellung der submaxillären Drüsen ein. Nunmehr wurde durch unser Mitglied, Herrn Collegen Cook, auf die Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins eines Carcinoms hingewiesen. Ich schloss mich seiner Meinung trotz der temporären Besserung nach Jodkali an, denn ich konnte mir das Zurückgehen der Entzündung recht gut dadurch erklären, dass der Patient desinficirende Mittel gebraucht hatte, während er vorher die Pflege des Geschwürs vollständig vernachlässigt hatte. Die nunmehr vorgenommene microscopische Untersuchung ergab deutlich Carcinom. Darauf wurde die Total-Exstirpation des Unterkiefers vorgenommen. Der Patient erholte sich ordentlich, kam aber nach einem halben Jahr mit einem ausgedehnten Recidiv zurück. Er war unterdessen auch sehr kachektisch geworden. Mit Rücksicht darauf, wie auch auf sein hohes Alter und das Vorhandensein der Arteriosklerose, konnte ich mich anfangs nicht dazu entschliessen, nochmals eine ausgedehnte Operation vorzunehmen. In Folge der intensiven Schmerzen wurde ich jedoch zum Handeln gedrängt und so entschloss ich mich dann zur Wegnahme des Mundbodens und eines Theils der Zunge. Sie werden erstaunt sein zu sehen, wie sich der Pa-

tient nach diesem zweiten Eingriff wieder erholt hat, und wie wenig Sie von dieser eingreifenden Operation sehen können.

Der andere Fall ist ein Pendant zu diesem. Ich bekam ihn vorigen Juni zu sehen. Es war allerdings ein Ulcus vor 25 Jahren constatirt worden, seither aber hatten keine neuen Erscheinungen bestanden. Es hatte sich genau derselbe Geschwürcharacter wie im vorigen Fall von den unteren Schneidezähnen aus entwickelt. Macroscopisch war das Bild dasselbe, nur war etwas nach hinten eine kleine, papillenartige Wucherung entstanden. Im Hinblick auf die luetische Vorgeschichte war eine antiluetische Kur durchgeführt worden, welche ein Weitergreifen des Geschwürprocesses aber nicht verhindern konnte. Somit war der Verdacht, dass es sich um ein Carcinom handeln könnte, a priori nicht durchaus von der Hand zu weisen. Die mehrmals vorgenommene Microscopische Untersuchung von Geschwulstpartikeln ergab eine diffuse Infiltration des Zellgewebes mit Rundzellen. An einigen Stellen sah man das neugebildete Gewebe eine Coagulationsnekrose eingehen, wie man es bei Syphilis und Tuberculose findet. Die Blutgefässwände zeigen ebenfalls die Erscheinungen von Zerfallswucherung. Bei dem gänzlichen Fehlen jeglichen sicheren Anhaltspunktes für Carcinom fühlte ich mich zur Resection des Unterkiefers nicht berechtigt und beschränkte ich mich desshalb auf eine Exstirpation der Geschwulst und partielle Ausmeisselung. Patient befand sich dann einige Monate sehr wohl, bis er auch ein Recidiv bekam. Diesmal soll es sich um mehrere kleine papillenartige Wucherungen im Mundboden gehandelt haben. Nach einer mehrmonatlichen Abwesenheit fand ich im October d. J. den Mund des Patienten frei, dagegen äusserlich eine Geschwulst, die vor drei Wochen noch hart war und jetzt etwas weich zu werden scheint. In diesem Falle glaube ich unterstützt von dem negativen Befund der microscopischen Untersuchung positiv die Diagnose auf Lues stellen zu können. (Demonstration der beiden Patienten.)

Dr. A. Seibert:

ZWEI FAELLE VON ADDISON'SCHER KRANKHEIT.

Ich wollte Ihnen heute zwei Fälle von Addison'scher Krankheit zeigen. Der eine Fall ist jedoch ausgeblieben. Sie haben aber den betreffenden Patienten schon vor einem Jahr gesehen. Es ist ein Mann von 40 Jahren. Ich habe damals die Krankengeschichte ausführlich beschrieben und wollte Ihnen den Patienten nur zeigen, weil er nun genau seit einem Jahre ausschliesslich mit Nebennierenextract behandelt wird. Ausserdem hat sich Patient in den ersten Monaten der Behandlung nur ausruhen müssen. Das Resultat ist, dass er circa 20 Pfund zugenommen hat, bedeutend heller geworden ist und dass die schwarzen Stellen, namentlich in der Mundschleimhaut, sich fast vollständig verloren haben. Die Handrücken sind auch bedeutend heller geworden. Ich habe ihm im Anfang 3 mal täglich 5 gr. gegeben und das später bis auf 6 mal täglich 5 gr. oder 3 mal täglich 10 gr. gesteigert. Da stellten sich denn doch Erscheinungen ein, die möglicherweise auf diese grossen Dosen zurückzuführen waren, und ich liess ihn dann wieder weniger nehmen. Er hat in den 12 Monaten nur zwei Wochen ausgesetzt. Die Anfälle von Gastro-

Enteritis kommen jetzt nur sehr selten. Da jedes andere Medicament weggelassen wurde, so ist das eine ganz gute klinische Beobachtung.

Diesen zweiten Fall fand ich vor vier Wochen in meinem Dienst im St. Francis Hospital. Der Mann leidet ausserdem an Gelenkrheumatismus. Er kam wegen Gelenkrheumatismus herein. Er hatte langes, weisses Haar, und als ich ihn vor vier Wochen zum ersten Mal sah, war seine Gesichtshaut so dunkel, dass er mit diesem Gegensatz von weissem Haar einen förmlich malerischen Anblick darbot. Ausserdem hat er hier, wie Sie sehen, tausende von Knötchen. Die Herren Dermatologen mögen die Diagnose dazu machen, mich interessirt das nicht weiter. Der Mann hat nun ausser seinem Salicyl, das ihm per Rectum gegeben wurde, drei mal täglich 5 gr. Nebennierenextract bekommen, und auch hier ist schon eine ganz bedeutende Erblassung des Gesichts zu constatiren und namentlich auch der ausserordentlich ausgeprägten dunkeln Flecke am harten Gaumen. Also auch hier eine ganz ausgesprochene therapeutische Einwirkung auf die Bronzefärbung! Dass das selbstverständlich die Fälle nicht heilt, wissen wir alle. Ich möchte noch erwähnen, dass ich trotz des Schwyzer'schen Vortrags im vorigen Jahre, in welchem Dr. Schwyzer den Sectionsbefund bei einigen Fällen mittheilte, und dabei die Häufigkeit alter Syphilis betonte, doch davon abgesehen habe, in dem einen Fall wenigstens, eine anti-syphilitische Behandlung einzuschlagen, weil auch jede derartige Geschichte und auch jeder übrige Befund derart vollständig fehlte. (Demonstration des Patienten.)

Discussion. Dr. Alfred Meyer: Ich möchte fragen, was die Beschäftigung des Mannes ist, weil die Bronzefärbung sich so eigenthümlich ausgebreitet hat. Auf den gedeckten Theilen des Körpers sieht man ganz blasse Haut. Es kommt vor, dass Leute die der Sonne viel ausgesetzt sind, an den Händen und sonstigen blossen Theilen dunkler werden, und man sollte dies nicht als Krankheit beurtheilen. Wenn der Mann heller geworden ist, so ist doch auffallend, dass sich dies nicht auch auf der Hand zeigen sollte, falls eine Addison'sche Erkrankung Ursache der Verfärbung ist. Ich habe übrigens bisher keinen guten Erfolg von dem Extract gehabt und habe gedacht, dass wenn ich einen neuen Fall bekäme, es sich vielleicht lohnen würde, ein frisches Extract vom eben geschlachteten Thier zu machen, wie man es mit der Thyroidea gethan hat, um dasselbe dann, als Carbolglycerin-Präparat, dem Patienten subcutan einzuverleiben.

Dr. Carl Beck:

EIN UNGEWOEHNLICHER FALL VON CHOLELITHIASIS.

Ich bin in der Lage Ihnen über einen Fall berichten zu können, der in der Geschichte der Gallenblasenchirurgie vereinzelt dastehen dürfte: Linksseitige Cholecystostomie wegen Gallenstein bei Situs transversus. Es ist der Fall einer 39-jährigen Frau, die eine gute Familiengeschichte giebt. Sie hat 6 Kinder gehabt und war mit Ausnahme von leichten gastrischen Störungen, die hie und da mit Brechneigung verbunden waren, bis vor einem Jahr ziemlich gesund gewesen. Der Situs transversus wurde schon vor Jahren erkannt, man glaubte aber nicht, ihn in Zu-

sammenhang mit den gastrischen Störungen bringen zu dürfen. Icterus war nie vorhanden. In letztem Jahre glaubte man eine linksseitige Wanderniere für die gastrischen Störungen, die mehr oder minder als Dyspepsie bezeichnet worden waren, verantwortlich machen zu sollen, und wurde Patient mir behufs Vornahme einer Nephropexie zugewiesen. Ich habe dieselbe vor einigen Wochen ausgeführt. Einige Tage nach der Operation, welche ohne Reaction verlief, stellten sich die alten gastrischen Störungen wieder ein, so dass der Verdacht weiterer abdomineller Störungen wachgerufen wurde. Da ich bei tiefer Palpation eine undefinirbare Resistenz unterhalb der Leber zu fühlen glaubte, so untersuchte ich nochmals in der Narcose, wobei ich einen kleinen Tumor unterhalb des grossen — in diesem Fall des linken — Leberlappens abgrenzen konnte. Die alsbald vorgenommene Probelaparotomie ergab das Vorhandensein von vier enormen Gallensteinen. Der Leberrand hatte sich mehrere Finger breit unterhalb des Rippenbogens hervorgewölbt, so dass man einen darunterliegenden Tumor recht schwer erfassen konnte. Es dürfte von Interesse sein zu constatiren, dass die ausgeprägte Dextrocardie in diesem Falle auch vermittelst der Röntgenstrahlen deutlich festgestellt werden konnte. Der Processus vermiformis wurde auf der linken, Magen und Milz auf der rechten Seite gefunden. Die Frau befindet sich sehr wohl, und ich hoffe, dass ich sie in der nächsten Sitzung vorstellen kann. (Ist bereits geheilt.)

Dr. John Schmitt: Ich möchte im Namen des in voriger Sitzung ernannten Dwyer-Committees berichten, dass ein Committee von 5 Mitgliedern die Sache weiter berathen soll.

DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

Dr. W. K. Kubin:

EIN PRAEPARAT VON MOLA HYDATIDOSA. (Liest.)

Dr. H. J. Boldt:

VORLAEUFIGER BERICHT UEBER DIE WIRKUNG DES STYPTICINS BEI GEBAERMUTTERBLUTUNGEN. (Erschien als Originalarbeit in der Nummer vom December 1898.)

Discussion. Dr. L. Weber: Ich möchte fragen, wie das Mittel vom Magen vertragen wird.

Dr. H. J. Boldt: Ich habe bis jetzt keine unangenehmen Symptome bemerkt. Von anderer Seite wurde jedoch verschiedene Male die Behauptung aufgestellt, dass es in grösseren Dosen Brechreiz verursache, und wie schon betont, weil es aus dem Narkotin gezogen wird, es in manchen Fällen auch ähnlich wie Morphium wirken soll. Ein wirkliches Schlaf- oder Betäubungsmittel ist es aber nicht und dies wird auch von niemand behauptet. Im Gegentheil, es wird sehr gut per os vertragen, nur sollte man das Mittel unter solchen Umständen in Tablettenform geben. Es wird in der letzten Zeit von Merck in Darmstadt in Form von überzuckerten Tabletten bereitet, die ausgezeichnet vertragen werden. Hier sind dieselben indess noch nicht zu beziehen.

Dr. Leonard Weber: Ich möchte mittheilen, dass ich an einer Reihe von Fällen, in welchen keine Indikation für einen chirurgischen

Eingriff vorlag, ähnliche gute Resultate, wie Vortragender mit Stypticin von Fluid Extr. hydrastis in Dosen 20 Tropfen, 3 mal täglich, oder vom alkaloid Hydrastin in 1-20 gran drei mal täglich, längere Zeit fortgegeben, gesehen habe. Das Mittel wird in beiden Formen ziemlich gut vertragen. Es macht selten Magenbeschwerden, es verstopft nicht, und ich habe in passenden leichteren Fällen häufig gute Resultate davon gesehen. Ich möchte den Vortragenden fragen, der Hydrastinin jedenfalls sehr häufig gegeben hat, ob ein Vergleich zwischen beiden Mitteln zum grossen Nachtheil des Hydrastinins ausfällt.

Präsident Dr. W. Freudenthal: Ich habe Stypticin selbst angewandt bei Lungenblutungen. Diese gehören nicht direct hierher, aber es sind auch Blutungen, und ich muss sagen, ich bin mit dem Resultat ausserordentlich zufrieden. Ich habe es in dem einen Fall auch bei Blutungen aus der Trachea angewendet. Bei Blutungen aus der Nase kann man das nicht so genau controlliren. Ich möchte den Herren, die Gelegenheit haben, Lungenblutungen häufig zu beobachten, empfehlen, das Stypticin zu versuchen.

Dr. H. J. Boldt (Schlusswort): Bei einem Vergleich zwischen Hydrastinin und Stypticin muss man dem letzteren Mittel entschieden den Vorzug geben. Ich habe beide Mittel häufig angewendet, aber das Stypticin wirkt bedeutend prompter, und die Wirkung ist eine dauerndere. Ich habe mich nicht mit anderen Blutungen, von denen unser Präsident soeben eine wichtige Klasse erwähnt hat, befasst, aber aus der Litteratur ist mir bekannt, dass das Mittel bei anderen, und besonders bei Lungenblutungen, befriedigende Wirkung gezeigt hat.

Dr. Leonhard Weber:

DIE BEHANDLUNG DES ACUTEN GELENKRHEUMATISMUS, WENN WIR DENSELBEN ALS ACUTE INFECTIOESE ARTHRITIS AUFFASSEN. (Erschien als Originalarbeit im Januar.)

Discussion. Dr. A. Rose: Einige von den Herren, die hier anwesend sind, erinnern sich vielleicht, dass ich vor einer Reihe von Jahren einen Fall beschrieb und vorstellte, in dem ich einen Gelenkrheumatismus mit permanentem warmem Wasserbad erfolgreich behandelt habe, nachdem eine ganze Anzahl von therapeutischen Versuchen vorher vergeblich gemacht worden waren. Der Fall betraf ein Dienstmädchen, das an einer rheumatischen Ellbogengelenkentzündung litt. Die Behandlung mit Salicylsäure und anderen Antirheumaticis war ohne Erfolg. Patientin konnte den Arm nicht biegen. Ich bog den Arm unter Chloroformnarkose, legte Gypsverband an, ohne damit Erfolg zu erzielen. Die Patientin begab sich in das St. Francis Hospital, kam aber nach einiger Zeit von dort ungeheilt zurück. Da erinnerte ich mich der Versuche von Winternitz in seiner Beschreibung der Wirkung des permanenten Bades. Winternitz hat einen Apparat hergestellt, vermittelst dessen man nachweisen kann, wie mit jeder Herzsystole eine gewisse Menge Blut mehr in das im Wasser befindliche Glied hineinkommt und mit jeder Diastole eine gewisse Menge mehr Blut zurückfliesst, d. h. wie durch das permanente Wasserbad der Kreislauf beschleunigt wird. Das im perma-

nenten Bad befindliche Glied schwillt an. Diese Anschwellung konnten wir uns früher nicht erklären. Jetzt wissen wir, dass Erweiterung der Gefässe, vermehrter Blutstrom sie verursachen. Es ist anzunehmen, dass die Entzündungsproducte in Folge des beschleunigten Blutstromes fortgewaschen, in den Kreislauf aufgenommen und durch die allgemeine Circulation entfernt werden. Ich habe seitdem keine Gelegenheit gehabt einen anderen Fall zu behandeln, habe auch nicht gehört, dass irgend jemand davon Notiz genommen hat. Es ist mir deshalb sehr angenehm eine Gelegenheit zu finden wieder darauf zurückzukommen. Es dürfte sich empfehlen, das permanente warme Wasserbad zu versuchen ehe man sich zu chirurgischen Eingriffen entschliesst. Der Arm der Patientin war 8 Tage vor Weihnachten in das Bad gelegt und mit jedem Tag liess sich eine bessere Bewegung nachweisen, und sie war noch vor Weihnachten im Stande ihre Hausarbeiten zu verrichten, während sie vorher monatelang mit allen möglichen Mitteln vergeblich behandelt worden war. Der Fall ist damals in unserer Monatsschrift publicirt worden.

Dr. F. Lange: Ich kann mich aus meiner Praxis einiger Fälle entsinnen, in denen infolge acuten Gelenkrheumatismus ein chirurgisches Eingreifen nöthig wurde. Alle diese Fälle hatten das gemeinsam, dass bei Rückgang der Erscheinungen in allen übrigen Gelenken sich die Affection an einem grösseren Gelenke zu concentriren schien und das Bild einer schweren lokalen Erkrankung aufwies. Ich habe mehrere solche Kniegelenke mit antiseptischen Spülungen behandelt und bei solchen Gelegenheiten eitrig getrübtes Serum entleeren können. Dass acuter Gelenkrheumatismus unter Umständen zu schweren destructiven Processen führen kann, ist eine bekannte Thatsache, und wenn man sich in der Litteratur über dieses Thema einigermassen zu orientiren sucht, so erstaunt man über das grosse casuistische Material. Ich glaube auch, die chirurgische Behandlung dieser Läsion datirt viel weiter zurück, als Dr. Weber annimmt. Es sind schon vor 10, 15 Jahren ähnliche Fälle beschrieben worden. Koerte hat Anfang der achtziger Jahre, als er Assistent im Krankenhaus in Bethanien war, eine ganze Reihe von Fällen beschrieben, die in kurzer Zeit hintereinander zur Beobachtung kamen, sodass es den Anschein hatte, als ob der Character der Epidemie vorläge. Es ist das bei acutem Gelenkrheumatismus ganz eben so wie bei anderen allgemeinen Erkrankungen, die sich in Gelenken localisiren, z. B. bei gonorrhoeischer Infection. Ich habe einmal einen erwachsenen Mann an einer schweren gonorrhoeischen Gelenkaffection behandelt, welche die drei grossen Gelenke seiner linken Extremität befallen hatte. In allen diesen drei Gelenken kam es nach einem destructiven Process zu completer Anchylose. Ich habe verschiedene gonorrhoeische Gelenke, auch Sehnenscheiden incidirt, und prompten Nachlass aller Beschwerden und auch sehr gute funktionelle Resultate damit erzielt. Wir werden gewiss bei acutem Gelenkrheumatismus eben so wenig wie bei anderen entzündlichen Affectionen ein Schema für die Behandlung aufstellen können. Wenn es sich erweist, dass die lokale Erkrankung eine so schwere ist, dass auf dem Wege der allgemeinen und nicht chirurgischen lokalen Behandlung eine Rückbildung der Störung nicht mehr zu erzielen ist, dann wird gewiss die chirurgische Behandlung in ihre Rechte treten. Den

Fall von Dr. Rose möchte ich doch für einen späten halten. Es handelt sich da, glaube ich, nicht um eine acute Laesion des Gelenks, sondern um ein chronisches rheumatisches Exudat. Ausserdem möchte ich fragen, ob die Infection eine monartikuläre gewesen ist. — Dr. A. Rose: Ja. Diese Person war im Oktober plötzlich erkrankt, sie hatte nie vorher Rheumatismus gehabt, aber war, glaube ich, in einem Hause, wo mehrere Familien an Rheumatismus erkrankten.

Dr. A. Seibert: Ich möchte die Forderung von Dr. Weber, nur die schweren Fälle des acuten Gelenkrheumatismus als Infection aufzufassen, doch lieber auch auf alle leichteren Fälle ausgedehnt wissen. Schon vor 15 Jahren constatirte die Statistik in der preussischen und würtembergschen Armee zur Evidenz, dass in den Kasernen des Reichs unter den Mannschaften der acute Gelenkrheumatismus genau proportionell der Pneumonie grassire. Die Morbiditätscurven der Pneumonie und des absoluten Gelenkrheumatismus waren ganz identisch. Man kann das nur in einer solchen Organisation, wie eine so grosse Armee ist, nachweisen. Da relativ wenig Leute an Gelenkrheumatismus direct sterben, so hat auch die Mortalitätsziffer hierin gar keinen Werth. Ich möchte nur sagen, dass ich zu der Ueberzeugung gekommen bin, die ich hier aber niemanden aufdrängen will, dass es sich bei Rheumatismus um eine Blutinfection handelt, von der aus sich irgend wo, namentlich in den serösen Häuten eine lokale Affection ausbilden kann. Wir haben rheumatische Pleuritis. Ich habe selbst an einer gelitten, die von Ernst Wagner und Struempell behandelt wurde, im Jahre 1877. Damals wusste man nicht, dass Pleuritis in den meisten Fällen rheumatischen Ursprungs ist. Was die Therapie betrifft, so habe ich vor zehn Jahren in der medicinischen Monatsschrift zuerst auf die Art und Weise aufmerksam gemacht, wie salicylsaures Natron practisch zu verabreichen ist, nämlich per Rectum. Ich habe zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass man Wochen lang mehrere Dosen per Rectum verabreichen kann. Der Vortheil ist der, dass dadurch kein Brechreiz entsteht, die Magenfunktion nicht gestört wird und die ganze Behandlung eine leichtere ist. Ich habe zwei Jahre später im "Medical Record" nebenbei darauf aufmerksam gemacht und weiss ganz genau, dass das kaum irgend jemand beachtet hat. Drei Jahre später erschien im "British Medical Journal" ein Artikel, in dem auf dieses Verfahren ebenfalls aufmerksam gemacht wurde. Ob dieses Publikation Beachtung gefunden hat, weiss ich nicht. Ich kann nur sagen, dass ich, nachdem ich das Mittel vor zehn Jahren gebraucht habe, es den Collegen nur wiederum empfehlen kann, Salicyl in dieser Art und Weise zu verabreichen, vorausgesetzt, dass morgens zuerst das Rectum entleert wird.

Dr. F. Kammerer: Ich möchte sagen, dass ich die Beobachtung von Dr. Lange aus meiner eigenen Erfahrung bestätigen kann. Auch ich bin schon einige Male in der Lage gewesen, nach Ablauf eines Gelenkrheumatismus, wo sich die übrigen ergriffenen Gelenke wieder zur Norm zurückgebildet hatten, an Kniegelenken chirurgisch eingreifen zu müssen. Ich erinnere mich wohl des Falles, den Dr. Rose vorgebracht hat. Ich glaube auch, dass es sich da mehr um die Residuen einer acuten Gelenksentzündung gehandelt hat, und da ist es wohl begreiflich, dass

die Warmwasserbehandlung, die doch sicherlich Resorptionsbefördernd wirkt, ein so gutes Resultat erzielte.

Dr. A. Jacobi: Die Therapie ist wirklich erfolgreich. Wie Dr. Rose seinen Fall erzählte, so kamen mir mehrere Fälle aus meiner Praxis und derjenigen von anderen in die Erinnerung, in denen chronische Gelenkentzündung durch langdauernde Wasserbäder allmälig geheilt worden, nachdem sie aller anderen Behandlung widerstanden hatten. Ob der Fall von Dr. Rose Rheumatismus war oder nicht, ist jetzt schwer zu sagen. Ich muss die Angabe von Dr. Rose da als einzig berechtigt annehmen, denn monartikuläre Rheumatismen kommen ja vor. Was die permanenten warmen Wasserbäder anberifft, so dürfen wir uns nur an das erinnern, was in warmen Quellen geleistet wird. In einem Bade der Schweiz schwimmen die Patienten 8 bis 10 und 12 Stunden im warmen Bade umher und werden auch im warmen Schwimmbad gefüttert und mit allerbestem Erfolg. Was nun die Frage der Infectiosität des Rheumatismus betrifft, so glaube ich, kann die bacterielle oder toxische Natur des Rheumatismus wohl nicht bezweifelt werden. Die Weigerung, die Thatsache anzunehmen, ist wahrscheinlich durch die Vielfältigkeit verursacht, in welcher der Rheumatismus auftritt. Man ist ganz bereit, eine bacterielle oder toxische Natur für schwere Fälle anzunehmen, und wenn es sich dann um ganz leichte Fälle handelt, so weist man dieselbe Aetiologie von der Hand. Das ist unrecht, denn man weist auch die Diagnose Scharlach nicht von der Hand, wenn es sich auch nur um ganz leichten, kaum bemerkbaren Scharlach handelt, und wir sind dann alle darüber einig, dass es sich auch in leichten Fällen um eine toxische Erkrankung handeln muss. So geht es mit Masern, Diphtheritis, und so ist es auch mit dem Rheumatismus. Ich denke mir, nachdem die Nervenaetiologie im Rheumatismus Schiffbruch gelitten hat, nachdem es sich nicht mehr um einfache Reflexwirkung handeln kann, dass es sich um nichts anders handeln kann als um toxische Wirkung. Der Character des acuten Rheumatismus, besonders des schweren, ist am besten gekennzeichnet durch das, was wir im Verlauf desselben wahrnehmen. Die Vorläufer sind die einer acuten Infection. Es handelt sich um hohes Fieber, um gelegentlichen Nachlass, aber baldiges wiederausbrechen; um Schweisse, sogar um die Uebertragung von der Mutter auf den Foetus, wie z. B. bei Neugeborenen von Müttern, die acuten Rheumatismus hatten. Auf der anderen Seite sind Fälle da, in denen die Mutter acuten Rheumatismus hatte und die Neugeborenen an Pyaemie erkrankten. Somit glaube ich haben diejenigen wohl recht, die den acuten Rheumatismus als eine Varietät der Pyaemie ansehen. Die Pyaemie tritt auch nicht immer in derselben Weise auf. Sogar in der Osteomyelitis handelt es sich nicht immer um Eiter. Es handelt sich einfach um Exsudate. Dann hat man im Rheumatismus in den Exsudaten Streptokokken gefunden, wenn auch nicht regelmässig. Man hat dieselben gelegentlich im Blut, häufig im Harn gefunden. Das sind alles Dinge, welche die Infectiosität, die toxische Natur des Rheumatismus erklären sollten. Was die Behandlung betrifft, so ist es natürlich, dass salicylsaures Natrium durch sein Salicyl wirkt. Es ist möglich, dass wir kein Specificum finden könnten. Wenn wir den acuten Rheumatismus als eine Varietät der Pyaemie auffassen.

wenn es sich nun um Staphylokokken oder Streptokokken handelt, die gelegentlich einmal sehr virulent sind, gelegentlich nicht so virulent, dann werden wir mit der Behandlung wie bei Pyaemie verfahren, nur dass Rheumatismus durchschnittlich besser verläuft. Was für die Infectiosität des Rheumatismus spricht, sind auch die sog. Complicationen. Es ist wahrscheinlich, dass die gleichzeitige Amygdalitis, Angina keine Complication ist, sondern dass die Angina nur die Eingangspforte ist. Es ist nun möglich, dass die Mikroben, die sich in den Mandeln festsetzen, nicht gerade leicht in die Circulation kommen, denn die Lymphmassen der Mandeln sind von dickem Gewebe umgeben, aber unter günstigen Umständen kommen sie schnell in Circulation, und ich kann mir denken, dass das dann die recht acuten Fälle von Rheumatismus hervorruft; auf der anderen Seite, wenn die Mikroben in mehr oder weniger normalem Mandelgewebe lange Zeit aufgehalten werden, so kann ich mir vorstellen, dass sie mit der Zeit weniger virulent werden und dass sie, oder ihre Toxine, langsamer aufgenommen werden, und auf diese Weise die milderen Fälle machen. Ich habe keinen Zweifel darüber, dass es sich bei acutem Rheumatismus nur um eine Infectionskrankheit handelt.

Dr. Max Einhorn: Ich wollte nur darauf hinweisen, dass vor einigen Jahren ein Arzt in Italien den Gelenkrheumatismus mit Pinselung von Guajacol behandelte und dabei angab, dass die Temperatur um zwei Grad herunterging und die Schmerzen nachliessen. Dr. Weber hat in seiner Arbeit darauf hingewiesen, dass man eventuell Einreibungen mit Ungt Argenti Crédé anwenden soll, was ungefähr im selben Sinne arbeiten soll. Auch diese Therapie mit Guajacol wurde wahrscheinlich in der Absicht unternommen, dass eine Resorption von der Haut aus ins Gelenk stattfinden und direkt auf diese Mikro-Organismen wirken sollte.

Dr. Alfred Meyer: Ich möchte auf einen Fall aufmerksam machen, den ich neulich im Mt. Sinai Hospital beobachtet habe und dessen ich mich erinnere, da Dr. Jacobi über foetale Infection gesprochen hat. Eine schwangere Frau kam auf meine Abtheilung mit schwerem Gelenkrheumatismus und acuter Endocarditis. Sie war im 7. Monat der Schwangerschaft. Ungefähr drei Wochen nach der Aufnahme ins Hospital abortirte sie, oder vielmehr sie hatte eine Frühgeburt. Das Kind bekam am ersten Tag — es war 18 Stunden alt — eine Temperatur von 106 bis 107 Grad. Es wurde von Kopf bis zu Fuss untersucht, und man konnte absolut keine Ursache für das Fieber finden. Das Fieber legte sich wieder, aber nach Verlauf von einigen Tagen bekam das Kind abermals Fieber ohne irgend welche Erscheinungen an Gelenken oder der Leber. Aber das Kind war gelbsüchtig. Um eben diese Theorie der ererbten bacteriologischen Infection zu prüfen, habe ich von dem Pathologen des Instituts eine Kultur vom Venenblut des Baby's machen lnssen, und diese Kultur ist negativ ausgefallen. Inzwischen lebt das Baby weiter, bekommt jeden dritten oder vierten Tag eine Temperatur von 103 bis 105, und wir suchen vergebens nach der Ursache. Dabei magert es beständig ab, und wir sehen der Section mit Interesse entgegen.*

*) Das Baby starb nach 6 Wochen am 31. Dec. 1898. Die Gelbsucht war inzwischen völlig verschwunden, aber der Marasmus hatte beständig zu-

Das Datum des Todes ist fast 4 Wochen nach der Sitzung.

Dr. W. Freudenthal: Vor etwa 3 bis 4 Jahren beschäftigte ich mich selbst mit dem Gegenstand, nämlich mit dem Gelenkrheumatismus im Kehlkopf. Ich suchte mir damals die aetiologischen Factoren, die hierbei im Spiele sind, klar zu legen. Früher nannte man alles Derartige Erkältung, und das Volk nennt es auch jetzt noch so. Heute nennt man es Infection. Es ist ja allerdings wahr, was die Herren Jacobi und Seibert auseinandergesetzt haben, und ich kann das selber vielleicht mehr beweisen als die anderen Herren, weil ich seit Jahren mein Augenmerk darauf gerichtet habe, wann eine Infection stattfand und dieselbe direct verfolgen konnte. Es kommt also zu einer gewissen Zeit ein Patient mit acuter Angina zu mir, am nächsten Tag hat er eine acute Arthritis in den Gelenken des Kehlkopfes, und dann breitet sich der Rheumatismus weiter im Körper aus. Ich versuchte mir eine Idee zu verschaffen, wann das eigentlich vorkommt. Ich habe das besonders z. B. in der vorigen Woche bemerkt. Es war Folgendes vorausgegangen: Eine Woche vorher schwerer Schneefall, und der Schnee war auf dem Boden liegen geblieben. Dies, meine Herren, ist ein wesentlicher Factor in der Produktion der acuten infectiösen Angina und aller anderen infectiösen Krankheiten. Ich erkläre mir das so: Der Schnee fällt und bedeckt alle am Boden liegenden Keime. Dann kommen die Strassenreiniger und werfen den Schnee auf, und der Schmutz, der unten lag, kommt jetzt nach oben, die Keime werden aufgewirbelt, und die Passanten athmen das ein. Dann wird der Schnee wieder aufgeworfen und so fort bis er endlich schmilzt. Ich habe also in der letzten Woche gemerkt, dass, wenn der Schnee vier bis fünf Tage am Boden gelegen hat, massenhaft derartige Anginen stattfinden. Ich habe mindestens in 6 Privatfamilien gesehen, dass da mit einem Male Erkrankungen an Angina vorkamen. Es ist also wahr, eine Infection findet statt, aber deshalb halte ich mich noch nicht veranlasst, die Erkältungskrankheiten als aetiologischen Factor auszuschliessen. Die refrigeratorischen Erscheinungen sind wirklich da. Nehmen Sie an, dass jemand im Gebirge, wo die Gegend absolut keimfrei ist, am Fenster sitzt. Der Mensch ist verweichlicht, und wenn er sich mit dem Gesicht ans offene Fenster setzt, so wird er sicher am nächsten Tage Rheumatismus oder Angina haben. Wir nennen das Infection, aber es ist doch weiter

---

genommen, so dass das Kind zum Schluss kaum 2 Pfund wog. Die grossen Temperaturschwankungen hatten fortgedauert — in den letzten Wochen jedoch auf mehr niederem Niveau — das heisst, wo früher die Temperatur von 98° auf 107° stieg, variirte sie gegen das Ende zwischen 91°—100°. Die Section fand zu lange nach dem Tode statt um Schlüsse auf eine etwa vorhanden gewesene Sepsis durch Blutkulturen zu constatiren, und sind dieselben deshalb unterlassen worden. Die Sectionsergebnisse sind sonst auch negativer Art gewesen. Lungen: Sehr wenig Luft enthaltend, blutreich. Herz: Foramen ovale nicht ganz geschlossen. Leber: Vergrössert, blutreich. Milz: Vergrössert, blutreich. Nieren: Lobuliert, blutreich. Darm: Sehr blass, erweitert. Mesenterialdrüsen vergrössert. Thymusdrüse erstreckt sich nur bis zur zweiten Rippe.

nichts als die refrigeratorische Einwirkung auf das verweichlichte System.

Dr. J. Fränkel: Im Anschluss an die Bemerkungen des Dr. Jacobi und zur Illustration des aetiologischen Zusammenhanges zwischen Anginen und den sogenannten rheumatischen Erkrankungen, möchte ich folgenden Fall anführen, den Dr. Jacobi mit mir vor 2 Jahren zu sehen die Güte hatte. Es handelte sich um ein 10jähriges Kind das ich an einem Abende mit einer Temperatur von 103° F. sah. Das Kind soll häufig Anginen gehabt haben und an dem genannten Abende war ausser einem leisen, blasenden Geräusch an der Spitze nichts Objectives nachweisbar. Am nächsten Morgen war die Temperatur 104°, am Abend 103° und Objectiv das Geräusch etwas lauter und eine ganz leichte Schmerzhaftigkeit und Schwellung eines Sprunggelenkes. Der inverse Typus des Fiebers, im Zusammenhang mit dem Geräusch und den leichten Gelenkserscheinungen liessen mir die Diagnose einer abarticulären Endocarditis äusserst wahrscheinlich erscheinen. Der weitere Krankheitsverlauf hat die Diagnose bestätigt. Im nächsten Herbst hatte das Kind anfänglich eine ziemlich intensive Chorea minor und etwas später eine acute Recrudescenz der Endocarditis; diesmal mit einer schweren Pericarditis complicirt, der auch das Kind erlag. Dieser Fall hat mir den aetiologischen Zusammenhang zwischen Anginen und rheumatischen Erkrankungen sehr plausibel erscheinen lassen. Ich glaube, dass bei Kindern die Häufung der Anginen eine rheumatische Diathese ausdrücken. Wenn nun solche Kinder Erwachsene geworden sind, und die sogenannten Erkältungsursachen auf sie einwirken, so zeigen sie sogenannte „rheumatische" Erkrankungen. Wenn sie im Eisenbahnwagen oder sonstwo das Gesicht exponiren, tragen sie eine „rheumatische" Facialislähmung davon; wenn sie durchnässt werden, einen articulären Rheumatismus u. s. w. Es scheint, dass alle die Krankheitsbilder die heute erwähnt wurden, infectiöser Natur sind.

Dr. L. Weber (Schlusswort): Es ist mir sehr lieb, dass meine Hoffnung, mit meinem Vortrag eine Frage anzuregen, die das allgemeine Interesse der Collegen herausfordert, sich erfüllt hat. Ich möchte von vorn herein bemerken, dass ich für meine Person ebensoweit gehe wie die Herren Jacobi und Seibert und dass ich schon lange geneigt bin, jede Form von sog. Rheumatismus als infectiös zu betrachten. Ich wollte aber in diesem kurzen Vortrag etwas vorsichtig sein, weil ich gewissermassen das chirurgische Gebiet nicht nur streifte, sondern darauf hinzuweisen suchte, dass in dem Moment, wo wir eine schwere infectiöse Arthritis diagnosticiren und zwei bis drei Tage erfolglos behandelt haben, wir gerechtfertigt sind, ja ich möchte sagen, nach dem, was wir aus den Ausführungen von Dr. Lange heute gehört haben, darauf bestehen müssen, solche Fälle dem Chirurgen zu überweisen, denn wir haben in der That kein Mittel, die schweren Folgen einer so intensiven Infection für den Gesammtorganismus zu verhüten. Wir werden dann im Stande sein, complicirende schwere Pleuritis, oder Pneumonie — der eine von den zwei unglücklichen Fällen, die mich veranlassten das Thema genauer zu studiren, starb an Pneumonia — zu verhüten, wenn wir viel infectiöses

Material aus den Gelenken entfernen. Ich bin in Bezug auf das chirurgische Vorgehen auch vorsichtig gewesen, weil es ja nicht in unserer Absicht liegen kann, als praktizirende Aerzte schon wieder ein ganzes Gebiet an die Chirurgen abzugeben. Ich wollte mich daher auf solche Fälle beschränken, in denen wir nicht zögern sollten, den Chirurgen zur Behandlung zu rufen. — Interessant waren mir auch die Ausführungen des Vorsitzenden, dass es auch Rheumatismus der kleinen Gelenke im Kehlkopf gibt, und in Bezug auf die Verbindung der Refrigerationstheorie mit der rheumatischen Infection möchte ich sagen, eine Refrigeration bestimmter Theile des Körpers macht diese weniger widerstandsfähig gegen die Aufnahme der Bacterien. Die Refrigeration an sich kann keine rheumatische Krankheit erzeugen. Dieselbe kann entweder auf reflectorischem Wege entstehen oder der gesammte Organismus muss irgend wie inficirt werden. Wenn eine Streptokokkeninfection vorliegt, so müsste es dadurch geschehen, dass die Lymphbahnen widerstandslos werden, infolgedessen eine Bacterienaufnahme leicht stattfinden könnte. So wäre ich geneigt die Refrigerationstheorie aufzufassen.

Dr. Heitzmann berichtet für die Wahlinspectoren bei der Beamtenwahl, dass im Ganzen 66 Stimmen abgegeben wurden und folgende Candidaten eine Majorität derselben erhielten: Für Präsident, Dr. H. G. Klotz; für Vice-Präsident, Dr. H. J. Boldt; protokollirender Secretär, Dr. J. A. Beuermann; stellvertretender protokollirender Secretär Dr. S. Breitenfeld; correspondirender Secretär, Dr. A. Rose; für Schatzmeister, Dr. L. Heitzmann. — Aufnahme-Komitee: Drs. J. W. Gleitsmann, W. Meyer, F. Lange, W. Freudenthal und M. Einhorn. Der Präsident erklärt dieselben als die regelmässig erwählten Beamten der Gesellschaft für das Jahr 1899.

Der Vorsitzende des Bankett- und Kränzchen-Komitees berichtet, dass alle Vorbereitungen getroffen worden sind und er den Betheiligenden einen schönen, vergnügten Abend versprechen könne.

Die Herren Drs. Karl Dauber und Solomon N. Rosenbaum werden nach dem Bericht der Zähler als zur Mitgliedschaft erwählt erklärt.

Dr. Leon Louria, 249 Hewes St., Brooklyn, wird von Dr. W. Freudenthal zum Mitgliede vorgeschlagen.

Schluss und Vertagung um 11 Uhr.

Dr. John A. Beuermann,
Protokollirender Secretär.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 23. December 1898.

Vorsitzender: Dr. Balser.

Vorstellung von Patienten.

1) Dr. A. Jacobi: Jeder von uns hat wohl schon Gelegenheit gehabt, bei kleinen Kindern das sogenannte Zungengeschwür zu sehen, ein Geschwür, das dadurch verursacht wird, dass nur die unteren Schneidezähne herausgekommen sind. Die Zunge wird nicht durch nebenstehende Zähne unterstützt und reibt sich fortwährend an den unteren Schneidezähnen. Dieses Reiben verursacht zuerst eine Wunde, dann ein Geschwür, dann Granulationen, die Monate lang andauern, entweder weich oder hart sind, die alsdann zerfallen und ganz gut zur Heilung kommen. Besonders sehen wir diese Geschwüre bei schlecht genährten Kindern, und bei diesen heilen sie nicht so gut. Ein Zungengeschwür, wie es bei diesem Kinde, das ich Ihnen hier vorstelle, vorhanden ist, ist mir seit zwanzig Jahren nicht mehr zu Gesicht gekommen. Es haben hier Geschwürsbildungen stattgefunden, die einen bedeutenden Substanzverlust an der Zunge verursacht haben. Die Zunge wird nie mehr das werden, was sie war, da nunmehr ein ganz bedeutender Defect vorhanden ist; die Zungenspitze ist vollständig zerstört. Das Geschwür ist nunmehr eine Woche hindurch lokal behandelt worden und hat sich bedeutend gebessert, es ist in der Heilung begriffen. Die lokale Behandlung bestand in häufigem Betupfen mit einer Lösung von Kali chloricum. Das Allgemeinbefinden des Kindes hat sich noch nicht gebessert.

Discussion. Dr. W. Balser frägt, ob keine Syphilis vorhanden ist. Dr. A. Jacobi verneint dies. — Dr. Schapringer: Das Kind sieht schlecht genährt aus. Es wäre interessant zu wissen, ob das Kind auch schon vorher so elend ausgesehen hat. — Dr. A. Jacobi: Das Kind war auch vorher schon so schlecht genährt, es leidet an Xerosis. Diese Zungengeschwüre kommen sehr häufig im Anschluss an Keuchhusten vor, weil hier durch die häufigen Hustenanfälle die Zunge sehr häufig gewaltsam vorgestreckt wird. — Dr. Schapringer: Ich möchte darauf hinweisen, dass vielleicht eine bacteriologische Untersuchung von Interesse wäre. Denn wir wissen, dass bei derartigen Kindern auch Verschwärungen der Hornhaut vorkommen, die durch einen ganz bestimmten Bacillus verursacht werden sollen. — Dr. A. Jacobi: Die bacteriologische Untersuchung soll vorgenommen werden.

2) Dr. A. Jacobi: Das zweite Kind, das ich Ihnen hier vorstellen möchte, bietet vielleicht nichts sehr Ungewöhnliches, zeigt aber so prägnante Erscheinungen, dass es vielleicht doch der Vorstellung werth ist. Die Mutter ist seit 11 Jahren verheirathet und hat nur einmal abortirt, und zwar vor 12 Jahren. Vor 3 Jahren gebar sie ein gesundes Mädchen, das noch am Leben ist, und vor 2 Jahren wiederum ein gesundes Mädchen, das ebenfalls noch lebt. Dieses Kind ist 2 Monate alt. Vor 2½

Wochen bemerkte die Mutter, dass der linke Fuss des Kindes geschwollen war und besonders über dem Rücken des Fusses. Die Geschwulst schritt dann fort bis zum Knie und ist, mit Umschlägen behandelt, in ganz kurzer Zeit zum grössten Theil wieder verschwunden. Dann zeigte sich eine leichte Geschwulst am Penis; diese pflanzte sich fort bis zur Inguinalgegend. In der vergangenen Woche stellte sich eine Drüsengeschwulst ein, die noch jetzt vorhanden und von ziemlicher Grösse ist. Etwa vor 1½ Woche zeigte sich eine Pemphigusblase am Praeputium, und etwa zur gleichen Zeit wurden kleine Knötchen am Arm sichtbar. Es ist noch jetzt in der Achselhöhle eine Anzahl von kleinen Lymphknötchen zu fühlen. Vor 10 Tagen zeigte sich eine ziemliche Verfärbung der rechten Wange, hochroth, beinahe kupferfarbig. Dies ist noch jetzt wahrzunehmen. Gleichzeitig konnte das Kind den rechten Arm nicht mehr bewegen, das Handgelenk schwoll an und ebenso der linke Ellenbogen. Vor zwei Tagen waren auf der Hand einige Flecken wahrzunehmen von gelblicher Farbe und glänzendem Aussehen; auch in dem Gesicht zeigten sich Flecken von mehr kupferrother Farbe. Bis heute haben sich die Syphilome ausserordentlich vermehrt. In der Geschichte ist nichts nachzuweisen. Die Mutter ist in keiner Weise verdächtig. Der Mann hatte vor 6 Jahren an einer Krankheit gelitten, die als „rheumatic gout" bezeichnet worden war und hatte dabei Schmerzen im Fuss und in der Hüfte. Er hat nie Ausschlag oder sonstige Erscheinungen von Syphilis gehabt. Das Auftreten der Syphilis bei diesem Kinde hat etwas Ungewöhnliches. Gewöhnlich treten bei neugeborenen Kindern die ersten Symptome von Syphilis 5—8 Wochen nach der Geburt auf; zuerst erscheint gewöhnlich Coryza, dann kommt Roseola und noch später treten die Knochenaffectionen auf. Hier sind letztere zuerst aufgetreten. In Bezug auf die Behandlung ist Folgendes zu sagen: Wenn Kinder mit hereditärer Syphilis geboren werden, dann ist grosse Gefahr vorhanden. Es liegen zugleich auch viscerale Veränderungen vor. Die Kinder müssen rasch unter den Einfluss des Quecksilbers gebracht werden.

3) Dr. Koller stellt einen Fall von congenitalem Iriscolobom vor und versucht eine Erklärung über die Entstehung des Coloboms zu geben.

Discussion. Dr. Percy Fridenberg: Bei den meisten Colobomen finden wir vollständigen Mangel des Gewebes. Es fehlt meist das Stroma und Gewebe des Spincters, hauptsächlich aber das hintere Blatt der Iris. Das Colobom ist in diesem Falle auch an einer ungewöhnlichen Stelle vorhanden. Fast ausnahmslos sind solche Spaltbildungen unten oder unten aussen gelegen. Ich glaube, dass in diesem Falle auch ein anderer Vorgang mit im Spiele gewesen sein kann: ich glaube nämlich, dass hier die Membrana pupillaris nicht stehen geblieben, sondern mangelhaft ausgebildet gewesen ist. — Dr. Schapringer: Ich habe vor 1½ Jahren einen Fall vorgestellt, in dem an dem einen Auge ein Iriscolobom vorhanden war. In Bezug auf die Stelle, wo das Colobom gewöhnlich vorkommt, so ist dasselbe gewöhnlich nach unten und nach innen gelegen, nicht nach aussen. Es kommt aber sogar nach oben vor. Das beweist, dass die gewöhnliche Erklärung von der offengebliebenen

Augenspalte nicht immer zutrifft. — Dr. Wolff: Ich möchte auch sagen, dass die Fälle nicht alle durch mangelhaften Verschluss der Augenspalte erklärt werden können. — Dr. Koller: Mindestens 90 Procent der Iriscolobome kommen nach unten innen vor.

4) Dr. A. Jacobi: Hier ist ein 17jähriges Mädchen. Dasselbe ist schon seit seiner Geburt cyanotisch. Sie sehen die Hauptsymptome der Cyanose an den geschwollenen Phalangen. Die Cyanotischen werden selten sehr alt; trotzdem ist dieses Mädchen 17 Jahre alt geworden. Es giebt einzelne Missbildungen am Herzen, die ein höheres Lebensalter gestatten. Es sind dies solche Fälle, in denen die Missbildungen nicht sehr bedeutend sind. Dieses hier ist ein Fall von Verlagerung der Pulmonararterie. Dabei können Sie das eigenthümliche Verhältniss sehen, dass nicht, wie man erwarten sollte, das rechte Herz übermässig gross ist, sondern Sie werden finden, dass das Herz nur mässig vergrössert ist; das rechte Herz ragt nicht über den rechten Sternalrand hinaus. Die Frage ist nun die, wie ist das zu erklären? Die Erklärung ist folgende: Der Verschluss der Pulmonararterie ist hier ausgeglichen durch eine Oeffnung in dem Septum ventriculorum.

Vorzeigen von Präparaten.

Dr. A. Jacobi: Hier ist eine Geschwulst, die ich in der Gegend der kleinen Fontanelle entfernt habe. Es handelt sich um eine Geschwulst, die ich zuerst bei einem Kinde sah, als es 8 Monate alt war. Mitten auf der Fontanelle, die von gewöhnlicher Beschaffenheit war, sass die Geschwulst, die mir damals als ein Atherom oder vielleicht Dermoid erschienen war. Ich hatte nicht Lust damals, gerade auf der Fontanelle zu operiren und rieth den Eltern, zu warten, bis die Fontanelle geschlossen sein würde. Ich sah das Kind wieder, als es 4½ Jahre alt war. Die Geschwulst war inzwischen gewachsen. Ein Einschnitt wurde gemacht wie gewöhnlich, um das Atherom, wofür ich es hielt, zu entfernen; die Ausschälung war mit einigen Schwierigkeiten verknüpft. Bemerkenswerth war, dass an der Stelle, auf der die Geschwulst sass, eine ziemlich tiefe Einbuchtung in den Knochen vorhanden war, die die Entfernung der Geschwulst zu einer besonders schwierigen gestaltete. Das Merkwürdige an der Geschwulst ist, dass sie die Merkmale des Atheroms mit der gummösen, gelblich weissen Masse und des Dermoids vereinigt und zwar in der Weise, dass es sich nicht um ein einfaches Atherom handelt, sondern um ein Atherom, dessen Innenfläche an einer Stelle mit Haaren besetzt war. Das Haar fand sich an der Stelle, die in der Knochenbucht lag. Geschwülste an dieser Stelle sind sehr selten. Es sind in der gesammten Literatur nur 21 Fälle beschrieben worden. Das Wichtigste ist bei einem solchen Falle, wenn man ihn sehr frühzeitig sieht, eine absolut sichere Diagnose behufs Vermeidung einer Verwechselung mit Meningocele. — Dr. Balser: Ich halte dafür, dass Vorsicht mit der Diagnose vor Beginn einer Operation immer am Platze ist. So ist es vorgekommen, dass ein Aneurysma für eine Geschwulst gehalten, operirt und damit der unmittelbare Tod verursacht wurde.

Fälle aus der Praxis.

Dr. Freudenthal: Vor einigen Jahren demonstrirte ich die

Durchleuchtung des Kehlkopfes mit electrischem Licht. Aber diese Art der Durchleuchtung des Kehlkopfes scheint fallengelassen worden zu sein. Ich habe seit dieser Zeit das Verfahren therapeutisch angewandt und kann trotzdem nicht sagen, worin der Effect beruht. Ich will nur das sagen, dass es alle Patienten gerne haben, und dass es namentlich bei Phthisikern den Schmerz sehr wesentlich erleichtert. Ich möchte das Verfahren den Herren empfehlen.

A. Ripperger, Secretär.

An die Leser.

Mit dieser Nummer nehmen wir nach kaum mehr als zweijähriger Redaction Abschied von den Lesern der Monatsschrift und einer uns lieb gewordenen Beschäftigung. Wir haben uns bestrebt, nicht nur alle deutschen ärztlichen Kreise von New York, sondern auch die in dem Lande zerstreuten medicinischen Gesellschaften für das Unternehmen zu interessiren und zur Mitarbeiterschaft heranzuziehen, und es ist uns — zum Theil wenigstens — gelungen. Wir verlassen, wie wir sie übernommen haben, die Monatsschrift als ein wissenschaftlich und finanziell gesichert dastehendes litterarisches Unternehmen; doch verhehlen wir uns nicht, dass sie noch des Ausbaues bedarf, wenn sie wirklich ihrer Stellung als einziges, in den Ver. Staaten deutsch erscheinendes medicinisches Fachblatt, würdig erscheinen soll. Ausgezeichnete deutsche Kräfte sind genug in diesem Lande; wir wünschen unserm verehrten Nachfolger, Herr Dr. A. Ripperger, von Herzen, dass er das Zauberwort finde, sie einer guten und edlen Sache zu gewinnen.

Uns wird die Monatsschrift jeweilen erscheinen wie ein lieber Freundesbrief aus einem Lande, das den Fremdling weitherzig aufnahm, ihm so Vieles bot, — und doch nicht genug, um ihn gegen den köstlichen Lockruf aus der alten Heimath gefeit zu machen. Unseren zahlreichen Mitarbeitern und Lesern unseren besten Dank und unserem Nachfolger Glück auf!

Dr. Alfred Michel.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Als Beitrag zur Kenntniss der Ausbreitung der Pest veröffentlicht P. S. Simond seine Studien über den Zusammenhang der Erkrankungen der Menschen und Ratten, respective über die Art der Uebertragung der Krankheit vom Menschen auf das Thier und umgekehrt. Gewöhnlich wurde angenommen, dass sich die Ratten vom Verdauungstracte aus inficiren, indem sie durch Dejecte pestkranker Menschen und Thiere beschmutzte Nahrungsmittel aufnehmen, oder indem sie an Pest gestorbene Ratten fressen; nun haben aber die jüngsten Fütterungsversuche mit Reinculturen, Blut und Organen von pestkranken Thieren negative Resultate ergeben und andererseits haben subcutane Impfungen sehr leicht Infection zur Folge. Simond ist nun auf die Idee gekommen, dass das Pestvirus durch Ungeziefer, speciell durch die Flöhe, direct in die Haut übertragen werde und wurde darin bestärkt durch den Umstand, dass gesunde Ratten sich dieser leicht erwehren, andererseits aber pestkranke Ratten vor dem Tode mit Flöhen besäet sind. Wurden nun gesunde Ratten mit parasitenfreien kranken oder todten Ratten in einem Käfig zusammengebracht, so erkrankten sie nicht, brachte man sie aber mit solchen Thieren zusammen, welche Flöhe hatten, so erlagen sie der Pest auch dann, wenn sie vom kranken Thiere durch ein Gitter getrennt waren, also nicht in Contact mit ihnen kommen konnten. Zur Stütze seiner Hypothese führt Simond die klinisch constatirte Thatsache an, dass bei einem Theile der an Pest erkrankten Menschen die Infectionsstelle an einer Pustel erkennbar ist, die immer an einer exponirten und den Flöhen leicht zugänglichen Stelle liegt. Fehlt diese Pustel, so soll dieses Fehlen nicht für eine andere Art der Infection, sondern nur für die höhere Virulenz der Bacillen sprechen. Die Uebertragung durch Parasiten steht im Zusammenhang mit dem massenhaften Auftreten von Flöhen bei den kranken Ratten, die nach dem Tode letzterer den Cadaver verlassen, um auf andere Thiere und auf Menschen überzuwandern. Es ist dementsprechend die Ansteckung eines Menschen durch frische Cadaver eine häufige, während der Contact mit alten, von den Flöhen verlassenen Thierleichen ohne Gefahr sein kann. Diesen Thatsachen zufolge müsste bei der Prophylaxe der Pest auf die Flöhe Rücksicht genommen werden, da sie eine ähnliche Rolle spielen, wie die Fliegen bei der Uebertragung des Milzbrandes und die Mosquitos bei der Verbreitung der Malaria. (Wiener klin. Wochenschrift.)

— In der Sitzung der Académie des Sciences de Paris vom 24. Jänner 1899 hat Laborde in seinem eigenen und G. Jaubert's Namen Mittheilung über die von Beiden gemeinschaftlich angestellten Untersuchungen gemacht, die zur Lösung der Frage führen sollten: „Wie kann man einem in einem hermetisch abgeschlossenen Raume befindlichen Menschen auf künstlichem Wege die Erzeugung der zur Athmung nöthigen Luft ermöglichen?“ Jaubert meint, dass der in der atmosphärischen Luft enthaltene Stickstoff bei der Athmung nur eine passive Rolle spiele und nur das Constituens darstelle, das als solches unendlich lange dienen kann. Es kommt also nur die Erneuerung des Sauerstoffes in Betracht, Jaubert hat nun — wie berichtet wird — ei-

nen Stoff gefunden, der bei einfacher Manipulation einerseits die verbrauchte Luft gänzlich der Kohlensäure, des Wasserdampfes und anderer irrespirabler Gase beraubt und ihr andererseits mathematisch genau den fehlenden Sauerstoff ersetzt. Kurz gesagt, diese Substanz regenerirt durch einfachen Contact die schlechte Luft und verleiht ihr die früheren Eigenschaften. Laborde will derzeit noch keine näheren Details veröffentlichen, sondern nur die Priorität in Anspruch nehmen. Nach den seit Mai 1898 im Gange befindlichen Untersuchungen (auch das Marineministerium hat sich damit beschäftigt), ist es möglich, einem erwachsenen Menschen, der sich in hermetisch geschlossenem Raume (z. B. in einem submarinen Boote oder in einem Taucherapparate) aufhält mit 3—4 kg dieser Substanz die Respirationsluft für 24 Stunden zu liefern. Meerschweinchen wurden unter einer Glasglocke mittelst dieses Stoffes beliebig lange gehalten. Beim Menschen wurden die Versuche mit einer eigens zu diesem Zwecke construirten Athmungsmarke gemacht und sollen vollständig gelungen sein. Die Anwendung der künstlichen Luft ist eine doppelte: eine präventive (gegen die Asphyxie) und eine therapeutische. Die erstere erstreckt sich hauptsächlich auf die Taucherapparate und unterseeischen Boote oder auf Apparate für Arbeiter, die in irrespirabler Luft arbeiten sollen (Feuerwehrmänner. Bergleute, Canalarbeiter etc.). Zu therapeutischen Zwecken kann man mittelst weniger Gramme der Substanz sofort einige Dutzende von Litern reinen Sauerstoffes darstellen, der nebenbei bemerkt, chemisch rein ist, und bezüglich seiner Reinheit nur mit dem durch Electrolyse erzeugten zu vergleichen ist. (Wiener kl. Wochenschrift.)

— Am 12. französischen Congress für Chirurgie sprach Calot über die Behandlung der scrophulösen Lymphome des Halses. Nach ihm ist die grosse Neigung zur operativen Entfernung der geschwollenen Drüsen nicht gerechtfertigt. Unter günstigen hygienischen und diätetischen Bedingungen, namentlich bei einem Aufenthalte am Meere, tritt in vielen Fällen spontane Rückbildung und Heilung ein, in anderen Fällen eitern die Drüsen aus. Die operative Entfernung hat stets Zurücklassung entstellender Narben zur Folge. In stationären Fällen, die weder zur Rückbildung noch zur Eiterung neigen, kann man letztere hervorrufen durch Injectionen von 2—3 gr einer 2procentigen Chlorzinklösung alle zwei Tage wiederholt. Ist Erweichung eingetreten, so wird der Eiterherd punctirt und Camphernaphthol injicirt. Auf diese Weise gelingt es, eine Heilung ohne Narben zu erzielen. Dazu muss aber die Haut noch vollständig unverändert sein. Eine sehr feine Nadel ist unerlässlich. Ist die Haut bereits ulcerirt, so ist die operative Behandlung der Drüsen vorzuziehen. Le Dentu schliesst sich dieser Ansicht an, und empfiehlt auch Injectionen von Camphernaphthol; man muss aber beim Zurückziehen der Nadel darauf achten, dass keine Injectionsflüssigkeit zurückfliesst und den Punctionscanal anätzt, wodurch kleine Geschwüre entstehen können. '(Corr. f. Schw. Aerzte.)

— Unter Mittheilung von 7 klinischen Beobachtungen erklärt sich Ebstein in der Deutsch. med. Wochenschr. ausdrücklich gegen die Einführung der Schilddrüsentherapie bei der Fettleibigkeit in die allge-

meine ärztliche Praxis. Als Grund führt er an: inconstante Gewichtsabnahme, Versagen des Mittels bei längerem Gebrauch; sofortige Gewichtszunahme bei Aussetzen desselben. Die Entfettung ist ausserdem keine rationelle, da nicht nur Fett, sondern hauptsächlich auch Eiweiss aus dem Körper schwindet. In den diätetischen Methoden haben wir viel sicherere und weniger gefährlich wirkende Mittel. Zum Schlusse verlangt E. die Stellung der Schilddrüsenpräparate und ihres Verkaufes unter staatliche Controle, um dem Missbrauch von Laien zu steuern.

— An dem ital. Congress für innere Medicin berichtete Di Mattei über ausgezeichnete Erfolge bei dem Gebrauch des Fluidextract der Citrone in der Prophylaxe und Therapie der Malaria und wurde dabei von mehreren anderen italienischen Autoren warm unterstützt. Calderai war selbst sehr schwer an Malaria erkrankt, hatte bereits Chinin, Eisen- und Arsenpräparate in jeder der üblichen Ordinationsformen genommen und wollte schon daran gehen, sein Domicil zu ändern, als ihm ein Laie rieth, ein Citronendecoct zu versuchen. Er nahm es, wenn auch widerwillig, und blieb seither (1892) vollkommen von Malaria verschont. Bizzozero dagegen äusserte sich dahin, dass es sich um ein Mittel handle, das noch „sub judice" steht; die Empfehlung desselben könne daher vom Congresse noch nicht befürwortet werden.

— In der Pariser Académie de Medicine sprach Chipault über die Chirurgie des Sympathicus. (Sitzung vom December.) Er brachte 23 neue Beobachtungen, von welchen 17 Epileptiker betrafen. Bei einer Anzahl derselben ist der Erfolg der Sympathicusresection ein dauernder, indem die Anfälle sich ermindern oder verschwinden. Am besten ist die doppelseitige Resection des oberen Halsganglions und Ch. glaubt, dass diese Operation eine permanente Auswaschung des mit toxischen Producten überhäuften Gehirns, eine Art Encephaloclyse, bewirke. Irgend welche Gefahren oder Zufälle bestehen nicht für die Operation am Sympathicus, die Narbe ist unsichtbar, wenn die Wundvereinigung gut gemacht wurde. Trotz der unsicheren, wenn auch zuweilen guten Resultate sollte bei der Gefahrlosigkeit der Operation und den sehr schweren Erkrankungsformen, gegen welche dieselbe sich meist wendet, sie in sehr grossem Maassstabe zur Anwendung kommen. Anders lauten die Urtheile, welche Laborde und Déjerine in der Société de Biologie äusserten. Laborde berichtet über die Experimente zur künstlichen Erzeugung der Epilepsie, worüber er schon früher Vortrag gehalten. Er hat nun an den Thieren (Meerschweinchen) die 3 Sympathicusganglien resecirt, um auch experimentell diese von einigen Chirurgen so sehr empfohlene Operation zu prüfen; bei keinem der Thiere verschwand die Epilepsie, bei einigen wurde sie in keiner Weise modificirt und bei anderen fand sie sogar Verschlechterung. Für Déjerine sind die Resultate Laborde's nur die Bestätigung dessen, was er klinisch beobachtet hat; er hält es für ein Unglück, dass die Sitte, Epileptikern den Sympathicus zu reseciren, solche Ausdehnung genommen hat und ohne Unterschied bei den verzweifelsten Fällen angewendet wird. Unter anderen unglücklich verlaufenen Fällen citirt er den eines Mädchens, welches mit in langen Zwischenräumen auftretenden Anfällen behaftet war

und nach der doppelseitigen Resection des Sympathicus 12, 15 und 20 Anfälle per Tag bekam. Auch Bouchard erklärt sich als Gegner dieser Operation, und richtet seine Vorwürfe nicht nur gegen die Chirurgen, welche ohne genügende vorherige Thierversuche am Menschen neue Methoden versuchen, sondern auch gegen die anderen Aerzte, welche neue Medicamente, ohne eingehende Thierexperimente abzuwarten, anwenden (s. hingegen Sitzung der Académie vom 27. Dec. 98).— (Münch. med. Wochenschr.)

— Fütterer suchte experimentell die Frage zu beantworten: Wie bald gelangen Bacterien, welche in die Portalvene eingedrungen sind, in den grossen Kreislauf und wann beginnt ihre Ausscheidung durch die Leber und Nieren? Die in die Pfortader injicirte Flüssigkeit bestand aus sterilisirter physiologischer Kochsalzlösung, in die Culturen von Bacillus prodigiosus oder pyocyaneus eingetragen waren. Das der Jugularvene entnommene Blut ergab schon eine Minute nach der Einspritzung die Bacillen in demselben. Weiters konnte festgestellt werden, dass schon nach Ablauf weniger Minuten die Ausscheidung der Bacterien durch die Leber und Gallengänge, sowie durch die Nieren begonnen hatte. (Berliner klin. Wochenschr. 1899.)

— Das Phänomen der Autodigestion behandelt Splendore (Suppl. al Policlinico No. 36), ref. Münch. med. Wochenschr. Die bisherigen Theorien darüber, wesshalb der Magen das Pankreas und der Darm sich nicht selbst verdauen, sind ungenügend. Diese Verdauung kommt nach Fermi im Lebenden nicht zu Stande wegen der biochemischen Kraft des lebenden Protoplasmas und S. fügt hinzu, dass diese Kraft im positiven oder negativen Chemotropismus besteht des lebenden Zellprotoplasma einerseits und des Enzyms andererseits. Wenn die eiweisslösenden Enzyme nicht auf todte Albuminsubstanzen, selbst noch so fein vertheilte, zu wirken vermögen, sobald sie mit antienzymischen Stoffen, wie Tannin, Mineralsalzen, Alkohol u. s. w. vermischt sind, dann werden sie auf lebendes Protoplasma um so weniger wirken, da der Unterschied zwischen lebendem und todtem Eiweiss grösser ist als der zwischen Eiweiss, welches in obiger Weise behandelt ist und solchem, welches nicht so behandelt ist.

— B. Hall empfiehlt die Anwendung von grossen subcutanen Gaben von Strychnin zur Behandlung von Collapszuständen und schildert eingehend einen Fall von Luftembolie bei einer Operation, sowie einen Fall von anscheinend tödtlichem Shock nach Entfernung eines Abdominaltumors, bei denen beiden nach Darreichung von 1/5 bis 1/3 Gran! (0.012—0.02) Strychnin Genesung erfolgte. Solche Dosen sind auch von anderen Autoren für ähnliche Fälle, auch bei Schlangenbiss empfohlen worden. (Münch. med. Wochenschrift.)

— Einen mit Fadenspulen, wie sie in jedem Hause zu finden sind, improvisirten Extensionsapparat beschreibt in der Wiener Medic. Presse Reg.-Arzt Dr. Majewski: Man braucht zwei vollkommen gleiche Bretter (50 cm lang, 22 cm breit, 3 cm stark); auf jedem Brette sind — ähnlich dem Doppelgeleise einer Eisenbahn — 4 Längsfurchen angebracht. Zwischen beide Bretter kommen 4 Zwirnspulen zu liegen, welche

paarweise in den beschriebenen Hohlgeleisen des obern und untern Brettes laufen und eine rollende Bewegung des obern Brettes auf dem untern ruhenden Brette gestatten. — Zur Stabilisirung des Ganzen und zur Lagerung der geschienten oder in Gipsverband gehüllten Gliedmasse dient ein Sandsack, welcher, auf dem obern Brette ruhend, die Form und Grösse desselben besitzt. Indem der Sandsack einen negativen Reliefabdruck der Gliedmasse bildet, ist eine bequeme und sichere Lagerung der Extremität möglich. Die Extension und Contraextension geschieht in der üblichen Weise. Zur Uebersetzung des Gewichtszuges über das Brettende dient ebenfalls eine Zwirnspule, welche auf einem Querdraht rollend, an die Längsspeichen des Bettendes mittelst Nagel befestigt wird. Hölzerne Betten erfordern zur Uebertragung des Gewichtzuges zwei Spulen und eine andere Befestigungsart, ähnlich wie beim Apparat von Billroth. (Corr. f. Schw.)

— Im Centralblatt für Chirurgie (1899 No. 5) veröffentlicht C. Haegler-Basel die Ergebnisse seiner Untersuchungen über Ursache und Verhütung der Ligatureiterungen. Folgendes sind die Hauptsätze: Im Dampf oder durch Kochen — überhaupt thermisch — sterilisirte Seide ergab nach Durchziehen durch die Finger immer Keimwachsthum in künstlichen Nährböden, sofern nicht die Hand durch vorheriges Eintauchen in Sublimatlösung dem Faden eine Quantität Antisepticum mittheilte, welche das Auswaschen von Keimen hinderte. Sublimatseide aber ergab — sogar durch schmutzige Finger gezogen — immer ein negatives Resultat. Seit Einführung der Sublimatseide an der chirurgischen Klinik zu Basel ist keine Ligatureiterung mehr beobachtet worden. (Seit 4 Monaten.) Die Imprägnirung der entfetteten Seide mit Sublimat geschieht sowohl durch kurzes Kochen, als durch tagelanges Einlegen in starke wässrige Sublimatlösungen in sehr intensiver Weise, da die Seide das Hg des Sublimat energisch an sich zieht und es auch nach Auswaschen mit Wasser oder Alcohol nicht mehr von sich gibt. Für das Unterbindungsmaterial ist also entschieden ein Zurückschwenken von der Aseptik zur Antiseptik am Platze. (Corr. f. Schw. Aerzte.)

— Auf dem Gynäkologencongresse in Leipzig hielt Abel einen Vortrag über Bauchnaht und Bauchnarbenbrüche, der mit grossem wohlverdienten Beifall aufgenommen wurde. Es ist keine Frage, dass durch die zwei Arbeiten von Winter und dann von Abel eine durchgreifende Aenderung in der Technik der Bauchnaht vielleicht bei der Mehrzahl der Gynäkologen angeregt wurde. Kurz gesagt handelte es sich um folgendes: Die einfache Methode der Massennaht (durchgreifende Naht der ganzen Bauchwand) hatte eine sehr hohe Prozentzahl von Bauchhernien entstehen lassen — ja sogar ein Aufplatzen der Bauchwunde kurz nach der Operation war wiederholt eingetreten. A. hat nun mit einer Gründlichkeit und Sorgfalt, die selbst für eine deutsche Arbeit als geradezu beispiellos bezeichnet werden muss, das Schicksal der Bauchnarbe bei 665 Laparotomierten der Zweifel'schen Klinik verfolgt. Er konnte bis auf 3 alle Operirten auffinden — allerdings waren dazu u. a. nöthig: 2390 eigenhändig geschriebene Briefe, 201 Reisen zu auswärts wohnenden Frauen, und zwar im Umkreise Leipzigs bis zu 200 km! 586

Kranke = 97,5 Proz. hat A. selbst nachuntersucht. Das wichtigste Ergebniss dieser erstaunlichen Arbeitsleistung ist nun, dass Bauchhernien durch zwei Umstände am sichersten vermieden werden: Adaptirung anatomisch zusammengehöriger Gewebe, und zwar besonders durch Fasciennaht, und Erzielung der prima intentio durch Asepsis. Ist einmal die Heilung in diesem Sinne erfolgt, so schadet selbst ein frühes Aufstehen nichts, andererseits hat dann nicht einmal das Tragen einer Laparotomiebinde Einfluss auf die Zahl der Narbenbrüche. — Die Arbeit, von welcher A. mit vollem Rechte sagt, dass man sie ihm nicht sobald nachmachen wird, sei dringend dem Studium aller Laparotomisten empfohlen. (Med. Neuigkeiten.)

— Paul Carnot, welcher im Jahre 1896 zuerst empfohlen hatte, Gelatinelösung als blutstillendes Mittel anzuwenden, bespricht (La Presse médicale, No. 94, 1898) auf Grund der bisherigen Erfahrungen Indication und Contraindication dieser Methode. Vor Allem ist ein Unterschied zu machen, ob es sich um septische oder aseptische Wunden handelt; bei letzteren darf man die reine Gelatinelösung anwenden, um die Nährwirkung des Mittels auf die Zellen nicht zu vermindern. Ausserdem kann man Chlorcalcium oder Meersalz oder in besonderen Fällen Glycerin zusetzen, durch welche Beimischungen die Sterilisirung der Lösung immer noch eine leichte bleibt. Die Anwendung derselben geschieht immer bei einer Temperatur, welche jene des Körpers um ein Geringes übersteigt. Die Gelatinelösung vermag die heftigsten Blutungen zu unterdrücken, in vielen Fällen wird man jedoch der Forcipressur den Vorzug geben; kann aber das blutende Gefäss nicht gefasst werden oder ist die Blutung zu ausgedehnt, besonders also bei Knochenblutungen, bei Operationen an der Wirbelsäule, an parenchymatösen Organen, wie der Leber, so hat sich Carnot seine Methode schon oft als vorzüglich erprobt. Als sehr gebräuchliche Zusammensetzung hebt er folgende hervor: Gelatine 50,0, Calc. chlorat. 10,0, Aqu. dest. 1000,0; bei der Sterilisirung darf man nicht bis 115° gehen, da manche Gelatinesorten über diese Temperatur hinaus nicht mehr gerinnen. Da ferner Gelatine ein guter Nährboden für Bacterien ist, so muss man bei septischen Wunden stets noch antiseptische Mittel zusetzen, wofür C. besonders Formaldehyd, Sublimat oder Carbolsäure empfiehlt, und darf ferner die Lösung nur kurze Zeit, höchstens einige Stunden, in Berührung mit der inficirten Wunde lassen. Die Anwendung der Gelatine auf Distanz und in subcutaner Injection, um z. B. die Gerinnungsfähigkeit des Blutes bei Haemophilen oder bei Aneurysmen zu erhöhen, hält C. für gefährlich und empfiehlt statt derselben Chlorcalcium allein, mit dem, per os oder in Injection, er in vielen Fällen von Magen- und Lungenblutung vorzüglichen Erfolg hatte. Ferner wandte er Chlorcalciumlösung innerlich, gleichsam als Vorbereitung vor grösseren Operationen, besonders bei Haemophilen, an, um die allgemeine Gerinnbarkeit des Blutes zu erhöhen und die Haemostase leicht und sogar oft unnöthig zu machen; Chlorcalcium habe übrigens dieselbe Wirkung wie Gelatine, sei für die allgemeine Behandlung einfacher und biete weniger Gefahren wie dieses. (Münch. med. W.)

— In der Zeitschrift für klinische Medicin, Bd. XXXVI, Heft 1 und 2, liefert A. Fuchs einen Beitrag zur abdominalen Diagnostik. Die vermehrte Peristaltik des Darmes ruft eine Steifung der einzelnen Darmtheile hervor, wodurch sie dem Tastsinne leichter zugänglich werden. Um eine solche schmerzlose Darmsteifung zu palpatorischen Zwecken zu erreichen, hat sich dem Autor folgendes Verfahren bewährt: Der Darm wurde mittelst einer kräftigen Glycerin-Injection von 8—12 g zuerst entleert und dann eine Eingiessung von ¾—1 l einer 8—12procent. Kochsalzlösung von 20—24° angeschlossen. De· Einlauf geschah mittelst Hegar'schen Trichters aus geringer Höhe und in Absätzen. Schon nach wenigen Secunden bläht sich der ganze Dickdarm auf und lässt sich auf dem ganzen Wege deutlich abtasten und abgrenzen, besonders das Cöcum und die Flexuren. Stellen, die kurz vorher vollkommen leeren Schall gaben, bekommen nun einen tympanitischen Klang und umgekehrt. Erwähnenswerth ist noch, dass bei dieser Art der Darmblähung das seinerzeit von Gersuny (Wiener klinische Wochenschrift, 1897, No. 40) angegebene Phänomen des Klebens bei Koprostasen ganz besonders deutlich zum Ausdrucke gelangt. Diese Methode soll namentlich bei der Diagnosticirung von Darmstenosen vortheilhafte Dienste leisten.

— W. Alexander, der bekannte Erfinder der in der Verkürzung der runden Mutterbänder bestehenden Operation, giebt im Liverpool Med. Chir. Journ. seine auf lange Erfahrung gestützten Resultate. Geeignete Fälle für die Operation sind nur solche, bei denen der Uterus frei beweglich ist und in eine Lage gebracht werden kann, dass seine Längsachse mit den oberen Flächen der Körper der Schambeine parallel läuft. Niemals soll operirt werden, wenn acute oder subacute Beckenentzündungen bestehen; ältere Personen mit sehr schlaffen Bauchdecken sollten lieber nicht operirt werden. Bei fetten Frauen ist es besser, die tiefe Wunde nicht zu nähen, sondern ganz zu tamponiren. Man darf ruhig während der Gravidität operiren, wenn sonst eine genügende Indication vorliegt. Ein offener Nuck'scher Canal oder das Bestehen einer Inguinalhernie macht häufig das Vorziehen des Bandes unmöglich. Besteht Prolaps oder Verletzungen des Perineums, so sollen dieselben zur selben Zeit operirt werden. Junge, unverheirathete Frauen, bei denen störende Uterusverlagerungen bestehen, sollten stets operirt werden und nie ein Pessar tragen, da lang fortgesetzte gynäkologische Behandlung meist sehr schädigend auf das Allgemeinbefinden wirkt. Vor Beginn der Operation soll stets ein Hodgepessar eingelegt werden, das Band findet man am leichtesten, wenn gar nicht am äusseren Ring präparirt wird; das Band soll soweit wie irgend möglich vorgezogen werden; es wird dann mit Silkwormgut vernäht. Zur Nachbehandlung bleibt die Kranke mehrere Wochen im Bett in Rückenlage mit nach oben gezogenen Knien, sie wird anfänglich katheterisirt und der Stuhl soll womöglich für eine Woche angehalten werden. Häufig klagen die Frauen nach der Operation noch über allerlei Beschwerden, doch verschwinden diese bald. Es ist wichtig, während der Operation den kleinen, das Band begleitenden Nerv zu durchtrennen, da durch Compression desselben es sonst manchmal zu Neuralgien nach der Operation kommt. Seine

Endresultate sind sehr gute, Misserfolg äusserst selten, Hernien entstanden nur in 2 Fällen nach der Operation. (Münch. med. Woch.)

— Im Wiener medicinischen Club zeigte Docent Dr. H. Schlesinger die Photographie einer Haargeschwulst des Magens (Trichobezoar), welche von Dr. O'Hara aus Melbourne operativ entfernt wurde. Dieser Arzt fand bei einer Magd in der linken Seite des Bauches einen grossen Tumor, der heftige Schmerzen verursachte, dabei während der Beobachtung grösser wurde. Der Magen wurde eröffnet, man fand dessen Wandungen normal, als Inhalt eine zwei englische Pfund schwere Masse, welche einen Abguss des Magens darstellte und aus dicht verfilzten blonden Haaren bestand. Sie gestand hinterher, früher die Gewohnheit gehabt zu haben, die Ende ihrer Kopfhaare abzubeissen, doch fanden sich in dem Trichobezoar auch lange Haare vor. In der Literatur, führte Schlesinger aus, sind 7 operirte und 9 nicht operirte Fälle dieser Art verzeichnet. Die Haargeschwülste sind Anfangs reactionslos, werden oft kolossal gross (mehr als 2 kg schwer) und rufen sodann heftige Schmerzen hervor. Die Haare können vom Magen in den Darm und von da auch nach aussen gelangen. Diese Geschwülste müssen endlich operirt werden, da sie sonst zur Perforationsperitonitis, jedenfalls zu Veränderungen der Magenwände führen.

— Unter dem Titel Martyrolog einer Operirten erzählt Dr. Morestin im „Wratsch" (1898, No. 26) die Leidensgeschichte einer Frau, die wir nach einem Referate in der Wiener med. Presse wiedergeben. Einer 29jährigen Pat. wurden wegen Pyosalpinx bilateralis im August 1894 beiderseits die Adnexe entfernt. Ein Abscess wurde auf Stichcanaleiterung hin behandelt, es hinterblieb jedoch bei der Entlassung nach sechs Wochen eine Fistel. Im December meldete sich Pat. abermals, und zwar mit einer Phlegmone der linken Hüftschaufel. Einschnitt durch Le Dentu und Drain. Neuer Abscess in der nach der ersten Operation hinterbliebenen Narbe. Neue Fistel, aus der sich Kothmassen entleeren. Wegen anhaltender Eiterung eröffnete Le Dentu den Abscess von der Scheide aus. Drain. Besserung; die Frau verliess das Hospital, kam aber bald wieder, weil ein vaginaler Harnfluss sich eingestellt hatte, in Folge von Communication des Abscesses mit der Harnblase. Nach einiger Zeit sistirte der vaginale Harnfluss. Die Kranke fuhr nach Hause im August 1896, kam aber im März 1897 wieder in das Hospital, weil der Harnfluss wieder erschienen war. Im April 1897 Incision einer neuen Phlegmone, diesmal die rechtsseitige Hüftschaufel betreffend. Kürzlich meldete sich dieselbe Pat. wieder im Hospital, dieses Mal aber als völlig genesen, nachdem ihr vor 15 Tagen eine hämostatische Klemme spontan per Anum abgegangen war. Die Klemme war 12 cm lang und hatte in dem Körper der Operirten vier Jahre verweilt. — Am Schluss seines Berichtes citirt Morestin das Verlangen eines amerikanischen Chirurgen, die Assistenten vor der Operation zu zählen, um nicht einen von ihnen in der Bauchhöhle zu vergessen. (Corr. f. Schw. Aerzte.)

— Dr. Hajech in Mailand empfiehlt („La sem. méd.", 1898, No. 62) gegen den chronischen Prolaps des Rectums, der sich bei kleinen Kindern so häufig findet, eine Behandlungsmethode, mit welcher er stets

selbst in den schwersten Fällen, Erfolg gehabt hat und welche in der Einführung von Eisstücken in den Anus, während man das prolabirte Darmstück reponirt, besteht. Zu diesem Zwecke bedient man sich kleiner, abgestutzter Eiskegel von 7—8 Cm. Länge und 2—3 Cm. Durchschnitt an der Basis. Ein solches Eisstück wird in Jodoformgaze eingewickelt, so dass es wie in einem Handschuhfinger steckt. Der obere Theil des Kegels wird im Centrum der prolabirten Darmpartie applicirt und letztere sammt dem Eistampon sanft reponirt. Dieses kleine Manöver ruft keinerlei unangenehme Sensationen hervor und der eingeführte Eistampon wird in der Regel nicht ausgestossen, so dass man auf einen Verband verzichten kann, wenn man das Eisstück nur genügend tief eingeschoben hat. Nach jeder Defäcation wird ein neues, mit Jodoformgaze umgebenes Eisstück eingeführt. Allmälig zeigt sich der Prolaps immer seltener und schwindet schliesslich gänzlich. Dieses Resultat ist bedingt durch die Herabsetzung der Hyperämie und die Erhöhung der Gewebscontractilität infolge des mechanischen und thermischen Reizes, den das Eis ausübt. (Wien. med. Pr.)

Kleine Mittheilungen.

— Ueber den 17. Congress für innere Medicin, der unter dem Vorsitze des Geh. Med.-Rathes Prof. H. Quincke vom 11. bis 14. April 1899 zu Karlsbad stattfindet, tragen wir folgendes nach: Es sollen folgende Themata zur Verhandlung kommen: Dienstag den 11. April: Die Insufficienz des Herzmuskels. Referenten: L. v. Schrötter (Wien) und Martius (Rostock). Donnerstag den 13. April: Leukämie und Leukocytose. Referenten: Löwit (Innsbruck) und Minkowski (Strassburg). Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Moritz Schmidt (Frankfurt): Frühdiagnose und Behandlung der Aorten-Aneurysmen. Max Breitung (Coburg): Ueber phonographische Stimmprüfung, ihre Technik, methodische Anwendung und diagnostische Verwerthung. (Mit Demonstration.) van Niessen (Wiesbaden): Ueber den jetzigen Stand der Syphilis-Aetiologie. P. Jacob (Berlin): Experimentelle Beiträge zur Therapie des Tetanus. F. Blumenthal (Berlin): Zur Wirkung des Tetanusgiftes. Jacques Mayer (Karlsbad): Beitrag zur Pathologie der Gallensteinkrankheit. Theodor Schott (Bad Nauheim): Ueber die Behandlung chronischer Herzmuskelerkrankungen im jugendlichen Alter. Groedel (Bad Nauheim): Bemerkungen zur Digitalisbehandlung bei chronischen Kreislaufstörungen. Ausserdem haben noch Vorträge in Aussicht gestellt die Herren: Nothnagel (Wien), v. Noorden (Frankfurt a. M.), v. Leube (Würzburg), Edgar Gans (Karlsbad), Naunyn (Strassburg i. E.), Leichtenstern (Köln), Ebstein (Göttingen), Czerny (Breslau), Escherich (Graz), Stokvis (Amsterdam), Pribram (Prag), E. Kraus (Prag), Walko (Prag), R. v. Jaksch (Prag). Theilnehmer für einen einzelnen Congress kann jeder Arzt werden. Die Theilnehmbarkeit kostet 15 Mark = 9 fl. Die Theilnehmer können sich an Vorträgen, Demonstrationen und Discussionen betheili-

gen und erhalten ein im Buchhandel circa 11 Mark kostendes Exemplar der Verhandlungen gratis. Mit dem Congresse ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten u. s. w., so weit sie für die innere Medicin Interesse haben, verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an Herrn L. v. Mattoni (Karlsbad) zu richten.

— Das deutsche Centralcomité zur Errichtung von Lungenheilstätten beabsichtigt, für die Pfingstwoche (23.—27. Mai 1899) nach Berlin einen Congress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit zusammenzuberufen. Der Reichskanzler, Fürst Hohenlohe hat den Ehrenvorsitz übernommen. Die Aufgabe des Congresses soll darin bestehen, einerseits die Bedeutung der Tuberculose als Volkskrankheit, andererseits die Mittel zu ihrer Bekämpfung den weitesten Kreisen vor Augen zu führen. Um dieser Aufgabe zu entsprechen, hat das mit der Organisation des Congresses beauftragte Comité, an dessen Spitze die Herren Herzog von Ratibor und Geheimrath v. Leyden stehen, den gesammten Gegenstand in fünf Abschnitte: Ausbreitung, Aetiologie, Prophylaxe, Therapie, Heilstättenwesen zerlegt. Die Referate über die einzelnen Gebiete sollen möglichst kurz und präcise gefasst werden, so dass ausreichende Zeit für ein freie Discussion zur Verfügung bleibt. Mitglied des Congresses kann Jeder werden, der Interesse an der Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit hat und eine Mitgliedskarte an der Casse des Centralcomités für Lungenheilstätten löst. Die Regierungen des In- und Auslandes sind von der Abhaltung des Congresses verständigt und um die Abordnung von Delegirten ersucht worden.

— Im Verlage von J. Springer, Berlin, sind Schleich's „Schmerzlose Operationen", welche im Jahre 1894 zum ersten Male herausgegeben worden sind, nun in vierter Auflage erschienen, ein Zeichen für das Interesse, welches von Klinikern und practischen Aerzten der von Schleich inaugurirten Infiltrationsanästhesie entgegengebracht wird. Das Werk selbst zerfällt in zwei Abschnitte, deren erster die Inhalationsnarkose, deren zweiter die örtliche Narkose und die Anästhesie durch Infiltration bespricht. Im Besonderen werden eingehend die Theorie der localen Anästhesie, der Begriff der Infiltration, die scheinbaren Gefahren derselben, die nothwendigen Lösungen und Apparate, die Technik der einzelnen Operationen behandelt. Preis des Werkes M. 6.

— In einem Vortrage, welchen Dr. Karl Francke in München über die Feuerbestattung hielt, ging er auch näher auf die juristische Frage derselben ein und äusserte sich darüber in der folgenden Weise: Man wendet ein, dass von Seiten der Rechtspflege gewichtige Gründe gegen die Leichenverbrennung sprächen. Es ist richtig, dass von den vielen Millionen begrabener Leichen hin und wieder einmal eine nach ihrer Ausgrabung Anhaltspunkte für die Gerichte geliefert hat. Aber wie überaus dürftig die Ausbeute dieser ungemein theuren und ekelhaften Ausgrabungen und Sectionen ist, sieht man aus folgenden Zahlen: In Wien wurden innerhalb 25 Jahren 670.000 Leichen begraben. Von diesen wurden 2 wieder ausgegraben und ergaben keine Anhaltspunkte für

die Rechtspflege. In England kommt auf 1 Million Beerdigungen nur 1 gerichtliche Ausgrabung. Für Deutschland konnte ich nirgends eine Zusammenstellung finden. Diesen geringen Zahlen gegenüber wird noch von einer Reihe von Rechtsirrthümern berichtet. Ich kann diesen Angaben nicht nachgehen, ich berichte nur, was ich lese. Arsenik habe man in der Leiche gefunden und auf Giftmord geschlossen, während es von der Farbe der Blätter eines künstlichen Kranzes hergerührt habe, der der Leiche mitgegeben war. Benagungen von Ameisen habe man für Anätzungen durch Schwefelsäure gehalten. Bei dem unsicheren Nachweis der organischen Gifte können wohl Täuschungen durch Leichenalkaloide vorgekommen sein. Quecksilber kann als Arznei dem Körper einverleibt worden sein und dergleichen mehr. — Schliesslich ist die Gefahr, und der Ekel, in die sich die Ausgrabenden und Secirenden begeben, doch auch in Anrechnung zu setzen, wenn es sich um Abwägung des Gewinnes für die Allgemeinheit handelt. — Uebrigens findet sich eine Reihe anorganischer Gifte auch in der Asche nach der Feuerbestattung wieder, wie Blei, Kupfer, Arsen. Einer geordneten gesetzlichen Leichenschau kann ein Mord durch mechanische Gewalt nicht wohl entgehen; auch ein Mord durch anorganische Gifte macht schon vor dem Tode ganz ausgesprochene Erscheinungen, und organische Gifte sind der Feststellung mit Sicherheit vielfach überhaupt nicht zugänglich, zumal in einer faulenden Leiche.

— Im „British Medical Journal" gibt Patrick Manson, der bekannte Kenner der Tropenkrankheiten, einen Abriss über eine höchst merkwürdige Krankheit, die bisher wohl kaum in Europa beobachtet wurde, nämlich die Schlafkrankheit. Augenblicklich befinden sich zwei „schlafkranke" Neger im Charing Cross Hospital zu London, wohin sie zu genauerem Studium der Krankheit von Westafrika gebracht wurden. Die Krankheit hat eine ganz bestimmte geographische Verbreitung und findet sich, soweit bisher festzustellen war, nur im Congogebiet zwischen Loanda im Süden und dem Senegal im Norden. In diesem District, der wahrscheinlich Europa an Grösse übertrifft und vielleicht 25 Millionen Einwohner hat, tritt die Krankheit nur in bestimmten Ortschaften auf und zwar zu verschiedenen Zeiten verschieden heftig, bricht die Krankheit jedoch an einem Orte aus, so erkranken stets zahlreiche Bewohner und alle Befallenen sterben. In früheren Zeiten wurde die Krankheit häufig durch frisch importirte westafrikanische Sklaven nach den amerikanischen Plantagen verschleppt, doch blieb die Krankheit hier immer auf die einmal erkrankten Neger beschränkt und breitete sich nie aus, bei Weissen wurde sie überhaupt noch nie beobachtet. Die Incubation ist eine sehr lange und soll bis zu 7 Jahren dauern, Fälle, in denen sie über 3 Jahre dauerten, sind sicher festgestellt. Die Krankheit beginnt ganz allmählich bei einem anscheinend gesunden Individuum mit zunehmender geistiger und körperlicher Lethargie. Der Gesichtsausdruck wird trübe und theilnahmslos und die oberen Augenlider hängen schwer herab, der Kranke wird ungesellig, entzieht sich seiner Umgebung und den früheren Vergnügungen, er verlässt nur mit Widerstreben das Bett und schläft nicht selten während der Arbeit ein. Dabei antwortet er auf Fragen richtig, allerdings oft erst nach mehrmaliger

Anrede; öfters schläft er mitten in der Unterhaltung ein; auf Befragen gibt er wohl an, dass er Kopfschmerzen habe, zeigt auch den Schmerzpunkt, spontan jedoch spricht oder klagt er nie. Laute Geräusche oder grelles Licht unterbrechen den Schlaf auf Momente, doch sinkt Patient sofort wieder in die frühere Lethargie zurück. Anfänglich nehmen die Patienten die ihnen gereichte Nahrung, doch müssen sie beim Verzehren überwacht werden, da sie sonst mit dem Bissen im Munde einschlafen. Alle Bewegungen sind langsam und schlaff, die Muskelkraft ist bedeutend herabgesetzt. Der Augenhintergrund ist normal, die Reflexe sind erhalten, Blase und Mastdarm arbeiten normal. Oft besteht im Beginn mässiges Fieber, dazwischen liegen Tage mit subnormaler Temperatur. Fast in allen Fällen besteht heftiger Pruritus und zeigt besonders die Haut des Stammes zahlreiche Kratzeffecte; daneben sind die oberflächlichen Lymphdrüsen meist stark geschwollen. Dieser Zustand bleibt Monate lang fast unverändert bestehen, scheinbare Besserungen sind stets nur ganz vorübergehend. Bei manchen Fällen verläuft die Krankheit dagegen schneller und ist dann stets von epileptiformen oder maniakalischen Anfällen unterbrochen, solche Kranke sind sehr gefährlich wegen ihrer mörderischen und selbstmörderischen Absichten. Die Krankheit kann 2 bis 3 Monate oder ebenso viele Jahre dauern, durchschnittlich führt sie in etwa 9 Monaten zum Tode unter zunehmender geistiger und körperlicher Schwäche, die den Patienten völlig an das Bett fesselt, Decubitus und tetanischen Zuckungen, manchmal beschliesst ein Glottiskrampf das Leiden. Obwohl eine Reihe von Sectionsberichten vorliegen, haben dieselben doch bisher die Pathologie der Erkrankung nicht aufklären können. Zuweilen wurde Vergrösserung der Gland. pituitaria beschrieben. Verf. geht dann des Längeren auf die Aetiologie der Krankheit ein und zwar besonders auf einen von ihm erhobenen Befund. Er fand nämlich im Blute von Schlafkranken eine bisher unbekannte Filariaart, die sich Tag und Nacht im Blute vorfand und die er desshalb als Filaria perstans bezeichnet. Allerdings findet sich diese Filaria auch im Blute gesunder Congoneger, selbst wenn dieselben aus Dörfern stammen, wo die Schlafkrankheit nicht vorzukommen scheint. In anderen Theilen Afrikas scheint dagegen diese Filariaart nicht vorzukommen, wie Verf. aus zahlreichen Blutuntersuchungen nachgewiesen hat. Verf. hält es für möglich, dass diese Filarien, wenn sie in das Gehirn einwandern, die Krankheit erzeugen können. Die Behandlung gegen die Schlafkrankheit hat bisher keine Erfolge aufzuweisen, immerhin soll man Thymol versuchen, um den Darm von den zahlreichen Parasiten zu befreien, daneben sind Eisen und Arsen am Platze. Die Neger excidiren oft die geschwollenen Occipitaldrüsen, natürlich ebenfalls ohne Erfolg. (Münch. med. Wochenschr.)

— Die Berl. klin. Wochenschr. gibt eine actenmässige Darstellung des in letzter Zeit in der deutschen Presse so viel besprochenen „Falles Ihle." Da der Fall, so wie er bisher dargestellt wurde, geeignet war, berechtigte Besorgniss unter den Aerzten zu erregen, während er im Lichte einer objectiven Schilderung ein wesentlich anderes Ansehen gewinnt, theilen wir den Thatbestand nach dem genannten Blatte hier mit: „Es handelt sich, kurz gesagt, darum, dass der Dresdner Frauenarzt Dr.

I. bei einer Patientin, nachdem sie bereits chloroformirt war, eine weitergehende Operation vornahm, als er ursprünglich beabsichtigt und der Patientin angerathen hatte. Die Patientin wollte nach ihrer völligen Heilung und trotz ihrer wiederholt vor Zeugen abgegebenen Versicherung, dass sie durch die Operation von schwerem Leiden befreit, und voll Dank und Anerkennung für die Leistung ihres Arztes sei, die ihr zugestellte Liquidation nicht honoriren. Darauf Klage von Seiten des Dr. I. beim Landgericht und Verurtheilung der B. zur Zahlung des Honorars etc. im Gesammtbetrage von 533 M. (Dr. I. hatte 1540 M. gefordert). Die Verurtheilte legte Berufung beim Oberlandesgericht ein und erstritt, wesentlich auf das Gutachten des Sachverständigen Hofrath Dr. Osterloh hin, ein obsiegendes Erkenntniss." Was die Operation selbst anlangt, so liegt die Sache dem Actenmateriale zufolge so: „Herr Dr. I. hatte der Patientin gesagt, dass er eine kleine Operation vornehmen wolle, die nicht lebensgefährlich sei und nur wenige Tage beanspruche (Ausschabung bei Endometritis). Die Untersuchung der zu diesem Zweck narkotisirten Patientin ergab das Vorhandensein etwa faustgrosser Eierstockcysten. Es wurde sofort die Laparotomie ausgeführt, die Cysten und eine erkrankte Tube entfernt, einige verwachsene Darmschlingen gelöst, dagegen die Endometritis zunächst ganz ausser Acht gelassen und erst in einer, etwa 14 Tage später erfolgenden Sitzung mit Zustimmung der Patientin in Angriff genommen. Diese Umstände sind nach übereinstimmender Erklärung der Parteien unbestritten. (Urtheilsverkündigung des K. S. Oberlandesgerichts vom 7. October 1897, Bl. 6—9.) Es dreht sich also Alles um die Frage, ob die Erkrankung der Ovarien bezw. Tuben eine so schwere war, dass ihre Entfernung unmittelbar vorgenommen werden musste, oder ob sie einen Aufschub duldete, gross genug, die Patientin um ihre bewusste Einwilligung zur Vornahme der Operation anzugehen, ob mithin kein zwingender Grund vorlag, die Operation sofort, ohne Vorwissen und Einverständniss der Kranken auszuführen." Wir stehen nicht an, diese letztere Frage mit Herrn Ewald, dem Wortführer der Berl. kl. W., zu bejahen, wie wir demselben auch zustimmen, wenn er fragt: „Wo soll es hinaus, wenn es dem Operateur gestattet wäre, an den chloroformirten Patienten ohne deren Vorwissen Eingriffe vorzunehmen die nicht zur unmittelbaren Lebenserhaltung und Rettung nothwendig sind?" und diese Frage sofort dahin beantwortet, dass dies ganz unstatthaft sei. Aus dieser Beurtheilung des Kernpunktes des Falles Ihle ergibt sich nun keineswegs unsere volle Zustimmung zu dem Urtheile des Oberlandesgerichts Dresden. Wenn z. B. dieses Gericht die vorgenommene Operation als eine „absichtliche und widerrechtliche Körperverletzung" betrachtet, so muss eine solche Auffassung vom ärztlichen Standpunkte aus zurückgewiesen werden. Aber auch die Dresdener Staatsanwaltschaft thut dies, denn sie hat nach Kenntnissnahme des Acteninhaltes dahin entschieden, dass eine Strafverfolgung gegen den Kläger nicht zu eröffnen sei. (Münch. med. Woch.)

— Die chemische Fabrik von J. D. Riedel in Berlin theilt mit, dass, nachdem die Bezeichnung „Antipyrin" den Höchster Farbwerken als Wortzeichen eingetragen wurde, sie ihr Dimethylphenylpyrazolon unter der Bezeichnung „Antipyreticum Riedel" in den Handel bringt.

Sie fügt bei, dass der Preis in den seit Verfall des Patentes vergangenen 6 Monaten von M. 102.— auf ca. M. 14.— pro Kilo gesunken ist, eine Illustration zu der in jüngster Zeit öfters gehörten Behauptung, dass durch die Patentirung eines Arzneimittels der Preis nicht vertheuert würde. Nachdem übrigens der Name „Antipyrin" Wortzeichen geworden ist, kann man, dem bisherigen Gebrauche entsprechend, erwarten, dass derselbe auch aus dem Arzneibuch gestrichen und durch einen anderen ersetzt werde.

— Der Berliner Correspondent der Wien. klin. Rundschau, G a t t e l, schreibt an dieselbe: Vielleicht wird auch bei Ihnen in Oesterreich selbst dem unmusikalischesten Mediciner Frau L i l l i L e h m a n n-K a l i s c h bekannt sein; trotzdem man bis jetzt ihrer Stimme noch nicht den Verfall anmerkt, scheint diese Dame doch zur Aufrechterhaltung ihres Ruhmes einer kräftigen Pauke zu bedürfen; diese Pauke ist die Vivisection. An sich wäre ja gar nichts dagegen zu sagen, wenn Frau L i l l i L e h m a n n dem Drange ihres Herzens folgend ,sich der armen gequälten Thiere annähme und in sachgemässer Weise gegen Auswüchse des Thierexperimentes vorginge. Sie scheut sich aber nicht diejenigen Leute, welche sie als die Urheber dieses ganzen Unglückes bezeichnet, denen sie die greulichsten Sachen vorwirft, nämlich die Aerzte mit ihren Pamphleten zu überschwemmen, sie vergisst dabei vollkommen, dass, was unnöthig zu erwähnen ist, die grossen medicinischen Fortschritte der Neuzeit gerade auf dem Thierexperimente beruhen und dass ein jeder Arzt, wenn er noch so gemüthsvoll ist, die Nothwendigkeit dieser Experimente einsieht. Mindestens als dreist ist es dann zu bezeichnen, wenn sie in den Flugschriften welche sie den Aerzten zuschickt, von „wahnsinnigen Experimentatoren" spricht, „welchen die Augen zu öffnen sind über ihre Irrwege, ihr Wandeln auf menschenwürdigen, schuldbelasteten Wegen, auf einer schiefen Ebene, auf der sie immer weiter hinabgleiten müssen von Verbrechen zu Verbrechen und von Gefühlsabstumpfung zu vollster Gewissenlosigkeit." Abgesehen von diesem wunderbaren Jahrmarktsdeutsch ist es traurig, zu beobachten, wie Jemand sich mit einer Sache, von der er absolut nichts versteht, beschäftigt, um durch Tamtamschläge das Sinken seines Ruhmes zu verdecken.

— V e r z o g e n: Dr. C. Schoenemann nach 138 Ost 44. Strasse, zwischen 3. und Lexington Ave.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

Dr. A. RIPPERGER,
126 E. 122d St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XI. New York, April 1899. No. 4

ORIGINALARBEITEN.

Syphilis und Gesichtslähmung.*

Ein Beitrag zur Aetiologie der peripheren Facialislähmung.

Von

Dr. Joseph Fraenkel,

Chefarzt am Montefiore Home, Docent für Nervenkrankheiten an der New York Postgraduate Med. School and Hospital; Chef of Clinic der Nervenabtheilung der Cornell University, New York.

Dass Syphilis eine der ergiebigsten Quellen ist, aus der Erkrankungen des Nervensystems fliessen, ist eine wohlbekannte und wohlerhärtete Thatsache. Weniger genau ist die Bekanntschaft mit den intimeren pathologisch-anatomischen Vorgängen, die bei den, auf luetischer Basis sich entwickelnden Störungen des Nervensystems platzgreifen. Gleich jeder anderen pathologischen Ursache an jedem anderen Gewebssysteme schädigt die Syphilis Structur und Function der Nervengebilde in zweifacher Weise: Auf directem Wege führt die syphilitische oder metasyphilitische Toxämie zur primären Entzündung oder primärem degenerativem Zerfall der nervösen Elemente, und indirect schädigen specifische Erkrankungen der Nachbargebilde (Knochen, Periost, Meningen) oder der Gefässe mechanisch die angrenzenden oder vom betreffenden Gefässbezirke versorgten Nervengebilde. Die Mannigfaltigkeit und Häufigkeit der klinischen Bilder, die der letztgenannten Art pathologischer Vorgänge ihre Entstehung verdanken, ist jedem geläufig und meist

* Vortrag, gehalten in der New Yorker Deutschen med. Gesellschaft am 6. März 1899.

wohlverstanden. Die primären oder directen syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems sind diejenigen, deren Pathogenese nicht ganz durchsichtig und über die damit zusammenhängenden Fragen sind die Acten noch lange nicht geschlossen.

Im Vergleiche mit der Häufigkeit, mit der primär-specifische Erkrankungen der nervösen Centralorgane angenommen werden, scheinen primär-specifische Erkrankungen der peripheren Nerven — insbesondere der motorischen — selten zu sein. Ja, nach Durchsicht der bezüglichen Litteratur möchte man sich veranlasst sehen sie als äusserst selten zu betrachten, da namhafte Autoren deren Auftreten leugnen.

Neben der theoretischen ist die practische — die therapeutische — Seite der Frage, ob die Lues in ihren Anfangsstadien direct die motorischen Nerven lädiren kann und die Frage, in welcher Relation diese beiden Erscheinungen zu einander stehen, so äusserst wichtig, dass es der Mühe werth erscheint, sich mit der Litteratur der Frage etwas genauer bekannt zu machen.

Die Autoren sind in dieser Sache nicht eines Sinnes und es ist interessant zu sehen, wie sich die Meinungen nach der zunftigen Abgrenzung der Schriftsteller—Syphilidologen, Internisten und Neurologen und Speciai-Bearbeiter des Capitels Syphilis des Nervensystems — gliedern.

Kaposi meint, dass Facialisparalysen im Eruptionsstadium der Syphilis vorkommen und dass erstere von letzterer direct abhängig sind. Nach Lesser können in jeder Periode der Syphilis Nervenaffectionen auftreten und schon in der Eruptionsperiode können Neuralgien sich einstellen; auch Paralysen, namentlich des Facialis, seien in diesem Stadium beobachtet worden. Periostale Schwellungen seien offenbar die Ursache der im Eruptionsstadium, allerdings selten beobachteten peripheren Facialislähmungen.

In Neumann's Lehrbuch der Syphilis aus dem Nothnagel'schen Sammelwerke schreibt Rahane, dass nur bei der Syphilis die peripheren Facialislähmungen relativ oft und frühzeitig zur Beobachtung gelangen. Auffallend sei das wiederholt nachgewiesene Auftreten der Facialislähmung in den Frühperioden der Infection — im sogenannten Secundärstadium — und zwar nicht selten während oder unmittelbar nach Beginn der Proeruptionsperiode. Die syphilitische Natur dieser Affection sei allerdings mehrfach angezweifelt worden. So meint Charcot und andere,

dass es sich bei der Facialisparalyse im Secundärstadium der Syphilis nur um eine zufällige Coincidenz, höchstens um eine herabgesetzte Resistenz gegen äussere Schädlichkeiten handele.

In den Lehrbüchern der inneren Medicin und Handbüchern der Nervenkrankheiten, in denen wohl jeder sich zuerst wird Rath und Aufklärung holen in einem Falle peripherer Facialislähmung, sind die Ansichten weniger klar und unzweideutig.

Nach v. Fränkl-Hochwart sei vorausgegangene Lues bei peripheren Facialislähmungen diagnostisch unverwerthbar.

Im Strümpell'schen Lehrbuche und in Eulenburg's Encyclopädie ist der Möglichkeit des Auftretens von peripheren Facialislähmungen in den frühesten Stadien der Syphilis, insbesondere der mit anderen Nervensymptomen nicht complicirten Facialislähmungen nicht gedacht.

In dem allerneuesten Lehrbuche der Nervenkrankheiten, dem von Fr. Schulze, findet sich bezüglich des Zusammenhanges zwischen Syphilis und peripheren Facialislähmungen folgendes: „Der Facialis kann bei der Syphilis einmal durch gummöse Veränderungen in seiner Nähe oder in ihm selbst erkranken, dann aber auch, indess recht selten, in ähnlicher Weise wie die Augenmuskelnerven bei Tabes durch directe Vergiftung und auf dem Wege der einfachen Degeneration." Ueber den Einfluss der frühesten Stadien der Syphilis auf den peripheren Verlauf des Facialis findet sich nichts erwähnt.

Oppenheim meint, dass die Syphilis den Facialis in indirecter Weise mannigfach schädigen kann. Bemerkenswerth sei ferner, dass eine Facialislähmung, die wahrscheinlich neuritischer Natur ist, schon im Frühstadium der Syphilis, wenige Monate nach der primären Infection auftreten kann.

Nach Bernhardt kann die Syphilis in verschiedener Weise eine Facialislähmung herbeiführen. Es sind vorwiegend die an der Schädelbasis auftretenden Entzündungen, welche den Gesichtsnerv allein oder mit anderen Hirnnerven zusammen comprimiren und das Bild entweder einer isolirten Facialislähmung oder einer multiplen Hirnnervenlähmung hervorrufen.

Ob die Lues als solche den Gesichtsnerven und die motorischen Nerven überhaupt schon bei der ersten Durchseuchung ergreifen kann, ist zweifelhaft; indessen ist doch eine Anzahl von Beobachtungen veröffentlicht, in denen Kranke mit recenter

Lues, in den frühen Stadien der Krankheit, ohne allen Grund eine mehr oder weniger schwere Facialislähmung acquirirten.

Im Traité de Medicine, herausgegeben von Charcot, Bouchard und Brissaud, heisst es, dass die späteren Stadien der Syphilis wohl eine sehr häufige Ursache peripherer Facialislähmung sei, dass aber auch die frühesten Stadien dasselbe thun können und es auch thun, insbesondere bei Frauen.

Dana äussert sich dahin: „Syhpilis rarely causes an isolated facial palsy" und citirt Hutchinson als Gewährsmann für den Satz: it is apt to leave this nerve alone.

Das Text-book of nervous diseases by American Authors enthält die Behauptung des Dr. Herter, dass Syphilis zu den seltneren Ursachen peripherer Facialislähmungen gehört und dass die Syphilis häufig zu einer gewöhnlichen refrigeratorischen Facialislähmung durch Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit führt.

Im Rumpf'schen Handbuche der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems findet sich die Behauptung, dass Lähmungen des Facialis auf syphilitischer Grundlage sehr häufig beobachtet würden. Die meisten dieser Beobachtungen nehmen die periphere und syphilitische Natur der Facialislähmungen an, der exacte Beweis für beides sei aber bislang noch ausstehend.

In „Syphilis and the nervous system" meint Gowers, dass über die specifischen Entzündungen der Hirnnerven sehr wenig sicheres bekannt ist. Durch Erkrankung der Nachbarschaft werden sie allerdings sehr häufig in Mitleidenschaft gezogen, aber es sei auch Grund anzunehmen, dass die Hirnnerven häufig der Sitz primärer hyperplastischer Entzündungen seien.

Henry Laniy fasst in seinem Buche „La syphilis des centres nerveux" seine Ansichten derart zusammen. Die Häufigkeit specifischer Erkrankung der Gebilde an der Basis des Gehirns erklärt die Thatsache, dass die Gehirnnerven auf dem Wege nach vorne und zu ihren Ausgängen häufig von der Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen werden, aber es kann nicht geleugnet werden, dass diese Nerven auch zuweilen von primären specifischen Neuritiden ergriffen werden. Lähmungen des siebenten Nerven in den früheren Secundärstadien der luetischen Infection sind keine Seltenheit.

Es sind also alle Autoren darüber einig, was auch keiner weiteren Ausführung bedarf, dass, wenn die Syphilis auf ihrem Zuge

durch den Organismus die inneren Organe und das Nervensystem invadirt, häufig periphere Facialisparalyse eine Theilerscheinung eines mehr oder minder complicirten Symptomencomplexes seien. Ob jedoch die Syphilis gleich nach ihrer Invasion die Nerven specifisch schädigen kann, ist noch zweifelhaft. Die meisten Autoren geben das Auftreten von peripheren Facialislähmungen in den frühesten Stadien constitutioneller Lues zu; die Einigkeit mangelt in Bezug auf die Auffassung des gegenseitigen Verhältnisses und in Bezug auf das pathologisch-anatomische Bild. Für letzteres ist es wohl schwerer und nur äusserst selten, dass Beweis wird erbracht werden können; aber schliesslich auch nicht von so bedeutender, practischer Tragweite wie die Frage nach dem aetiologischen Verhältnisse.

Allerdings liegen zwei Autopsiebefunde von Boix vor, in denen beidemale eine flüchtige exsudative Meningitis die Ursache der im Frühstadium der Syphilis beobachteten Facialislähmungen vorstellte. Es ist merkwürdig, dass in Bezug auf die zweite Frage unter den Syphilidologen mehr Uebereinstimmung herrscht als unter den Neurologen, wohl deshalb weil die Syphilidologen die Fälle viel früher zu Gesicht bekommen und viel häufiger nach Syphilis fahnden.

Mir wurde die Bedeutung dieser Frage nahe gelegt durch zwei Fälle, die ich in den letzten zwei Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte.

Der erste Fall betrifft einen jungen Menschen von 22 Jahren, den ich einige Zeit vor der gegenwärtigen Erkrankung wegen milder neurasthenischer Beschwerden in Behandlung hatte. Im September 1897 besuchte mich Patient auf der Durchreise nach Boston und da fand ich ihn recht anämisch und über Schmerzen im Schultergelenke klagend. Patient reiste noch am selbigen Abend nach Boston ab.

Zwei Tage später wurde ich zu ihm geholt und fand eine complete periphere Facialislähmung. Alle drei Aeste des Facialis waren vollständig gelähmt; es waren keine akustischen oder gustatorischen Symptome und keine Lähmung des weichen Gaumens vorhanden. Die electrische Prüfung am nächsten Tage zeigte das Bild einer Entartungsreaction. Patient meinte das Verlassen des Theaters während eines heftigen Regens als Ursache der Erkrankung ansprechen zu können und ich gestehe, dass ich ähnlicher Meinung war und die Schulterschmerzen und Facialislähmung als rheumatisch auffasste.

Erst einige Tage später fügte Patient noch folgendes der Geschichte zu: Vor 2½ Monaten will er im Süden eine Gonorrhoe acquirirt haben, die bald von einer Complication, die der behandelnde Arzt als „intraurethralen Abscess" auffasste, gefolgt war. Der Patient wollte erfahren, ob die Facialislähmung mit der genannten Erscheinung in Zusammenhang stehe. Ich will nun wieder gestehen, dass ich es ihm nicht zu beantworten wusste und eher geneigt war, jeden Zusammenhang zu leugnen, verwies ihn jedoch an Dr. Lustgarten behufs weiterer Aufklärung. Dr. Lustgarten constatirte eine Roseola und die anderen Symptome des Secundärstadiums, und es wurde eine energische specifische Behandlung eingeleitet. Die Schnelligkeit, mit der die Besserung jetzt erfolgte, war ganz überraschend und ganz ausser Uebereinstimmung mit den Erfahrungen bei gewöhnlichen mittelschweren Facialisparalysen. Die Heilung war allerdings lange nicht vollständig, und wie ich höre, zeigt Patient noch jetzt — besonders beim Lachen und Weinen — deutliche Spuren der früheren Facialislähmung.

Durch diese Erfahrung belehrt und auf der Hut bei den nächsten Fällen, hat auch der zweite Fall ein therapeutisch viel besseres Resultat gezeigt:

E. B., 27 Jahre alt, kam am 14. Juli 1898 auf die Klinik des Dr. Collins, dem ich an dieser Stelle für die Erlaubniss, den Fall zu veröffentlichen, danke. Sie bot an diesem Tage das Bild einer unvollständigen peripheren Facialislähmung. Die Lähmung afficirte alle 3 Aeste des Facialis in gleicher Weise. Die Bewegungen des weichen Gaumens waren normal; es war keine Hyperacusis oder sonstige acustische Symptome vorhanden und die Geschmacksempfindung auf den vorderen 2 Dritteln der rechten Zungenhälfte war gestört. Die electrischen Reactionen waren normal. Patientin wusste keine Ursache für die Erkrankung; dieselbe kam plötzlich während des Abendessens.

Eingedenk der Möglichkeit, dass periphere Facialislähmungen eine Theilerscheinung recenter Lues sein können, habe ich es seit der Erfahrung mit dem ersten Falle zur Regel gemacht, in jedem Falle peripherer Facialislähmung, besonders bei jüngeren Individuen, nach Zeichen recenter Syphilis zu fahnden. Es war interessant, dass dieser Fall zur Klinik kam, nachdem ich zwei Tage zuvor in der Vorlesung die Studenten auf die Thatsache aufmerksam gemacht hatte und nun im Stande war, an

diesem Falle ihnen neben der Facialisparalyse eine Roseola, Pharyngitis und Adenopathie zu demonstriren. Subcutane Sublimatinjectionen und Jod hoben in 16 Tagen die Nervenläsionen.

Die berichteten Fälle ermächtigen uns ebensowenig wie das Studium der Litteratur zu weittragenden Schlussfolgerungen; so ist selbst die wichtigste Frage nach dem aetiologischen Zusammenhange zwischen der Syphilis und der Lähmung nicht bestimmt zu beantworten. Es ist wohl möglich, dass es sich in diesen zwei Fällen um eine zufällige Coincidenz von Lues und refrigeratorischer Paralyse, oder im Sinne Charcot's, Herter's und Anderer um einen indirecten Zusammenhang handele. Allerdings ist die Raschheit, mit der eine Besserung der specifischen Medication folgte, bei den refrigeratorischen Lähmungen nicht das Gewöhnliche; aber die Diagnose ex juvantibus ist nicht immer absolut verlässlich.

Ueber das anatomische Substrat lässt sich natürlich nichts sagen. Immerhin scheint es aber vom rein therapeutischen Standpunkte wohl angebracht, es sich zur Regel zu machen, in jedem Falle peripherer Facialislähmung bei jüngeren Individuen die Syphilis nicht zu vergessen und zwar nicht so sehr sie anamnestisch als objectiv zu suchen, und wenn gefunden, selbstverständlich auch in Rücksicht auf den Facialis entsprechend zu handeln.

Referate und Kritiken.

Specielle Pathologie und Therapie; herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. Hermann Nothnagel. Alfred Hölder, Wien 1899. XIV. Band, II. Theil, 2. Hälfte. Die Lungenentzündungen. Von Sanitätsrath Dr. E. Aufrecht. 2. Hälfte.

Von Aufrecht's Abhandlung über die Lungenentzündungen ist nunmehr auch die 2. Hälfte erschienen, die die hypostatische Pneumonie, die Aspirations-, Desquamativ-, und syphilitische Pneumonie, die Pneumoniokosen, die chronische Pneumonie, das Lungencarcinom, Embolie, Thrombose und Infarkt, sowie den Lungenabscess und die Lungengangraen umfasst. Von besonderem Interesse ist u. A. der Abschnitt über Desquamativpneumonie, eine Form, die zuerst von Buhl aufgestellt worden war, aber bis jetzt keine entsprechende Würdigung gefunden hat. Es handelt sich dabei um eine eigenartige pneumonische Verdichtung, welche zur Resolution gelangen kann, selten primär in einer bis dahin gesunden Lunge auftritt, dagegen als Begleiterin schon vorhandener Lungenspitzenerkrankungen sehr oft vorkommt und dann die

hauptsächliche Ursache von weiterem herdförmigem Zerfall des Lungengewebes ist. Die Krankheit beginnt mit einer Schwellung des Alveolarepithels, bei gleichzeitiger Vermehrung der Kerne und öfterem Verschmelzen der Zellen zu Riesenzellen. Ein Theil des Epithels fällt der Verfettung anheim. Dann folgt eine Ablösung des Epithels, eine Desquamation von der Wand der Alveolen, so dass weiterhin das ganze Epithel verloren geht. Hieran schliesst sich der Austritt von Fibrin und von weissen Blutkörperchen. Auf weitere Einzelnheiten dieses Abschnittes und auch betreffs der übrigen Capitel kann leider hier nicht eingegangen werden. Nur soviel sei noch erwähnt, dass die soeben erschienene 2. Hälfte sich würdig dem ersten Theile anschliesst, und Ref. kann bezüglich der Aufrecht'schen Bearbeitung der Lungenentzündungen nur wiederholen, was er schon bei der Besprechung des ersten Theiles gesagt hat, nämlich dass der Verf. seiner Aufgabe in ausgezeichneter Weise gerecht geworden ist.

Dasselbe. XIX. Band, II. Theil, 2. Heft. Die localen Erkrankungen der Harnblase. Von Dr. Otto Zuckerkandl. Alfred Hölder, Wien 1899.

Nach Vorausschickung eines Abschnittes über Anatomie und Topographie der Blase bespricht Verf. im allgemeinen Theile seiner Abhandlung in eingehender Weise die physikalischen Untersuchungsmethoden der Blase einschliesslich Endoscopie und Harnleiterkatheterismus, die Symptomatologie und die pathologischen Veränderungen des Harns bei Erkrankungen der Blase. Der specielle Theil beschäftigt sich mit den Bildungsfehlern, Entzündungen, Steinkrankheit, Neubildungen und Entozoen der Blase. Auf die jeweilige Pathogenese und Symptomatologie ist besonderes Gewicht gelegt, und die einzelnen Behandlungsmethoden, locale und medicamentöse, finden eingehende Besprechung. Ein reichhaltiges Literaturverzeichniss beschliesst die Arbeit. Dieselbe ist vorzüglich geschrieben und kann jedem Arzte bestens empfohlen werden.

Merck's 1899 Manual of the Materia medica together with a Summary of Therapeutic Indications and a Classification of Medicaments. A Ready Reference Pocket Book for the Practicing Physician. Merck & Co., New York.

Das in Taschenbuchformat erschienene Büchlein ist zum raschen Nachschlagen für den Praktiker sehr geeignet, nur wäre es wünschenswerth, dass bei den Angaben über die Dosirung der einzelnen Arzneimittel neben dem Apothekergewicht auch das metrische Gewichtssystem Berücksichtigung gefunden hätte.

Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften für practische Aerzte und Specialärzte. Herausgegeben von Hofrath Prof. A. Drasche in Wien. Karl Prochaska, Wien und Leipzig 1899. Lieferung 171 mit 174.

Die soeben erschienenen Lieferungen bilden Heft 20/21 des Bandes „Hygiene und gerichtliche Medicin", sowie Heft 13/14 des Bandes

„Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten." Besonders interessante Abschnitte sind u. A. die Capitel über Sprache, Sprachanamolien und über die Stimme, ferner aus dem Theil über Hygiene und gerichtliche Medicin die Aufsätze über Ventilation, Vergiftungen und Verletzungen.

Jahrbuch der practischen Medicin. Herausgegeben von Dr. J. Schwalbe in Berlin. Jahrgang 1899. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1899. 1. Heft.

Von dem Jahrgang 1899 des Schwalbe'schen Jahrbuches der practischen Medicin ist nunmehr das 1. Heft erschienen. Darin sind enthalten: Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie (Prof. Dr. Ribbert-Bonn), Krankheiten des Nervensystems (Prof. Dr. Seeligmüller-Halle), Psychiatrie (Dr. Lewald-Obernigk bei Breslau) und Krankheiten der Athmungsorgane (Prof. Dr. Hochhaus-Kiel). Schwalbe's Jahrbuch ist zu bekannt, als dass dasselbe auch nur eines Wortes der Empfehlung bedürfte. Immerhin sei bei Beginn des neuen Jahrganges noch einmal darauf hingewiesen, dass dasselbe in erster Linie den Bedürfnissen des Praktikers entspricht, der sich in Kürze und dennoch mit genügender Sicherheit über die letzten Forschungen und Errungenschaften in der Medicin orientiren will. Wer sich auf einzelnen Gebieten genauer zu informiren wünscht, findet in den reichlichen Literaturangaben einen guten Wegweiser.

Annual and Analytical Cyclopaedia of Practical Medicine by Charles E. de M. Sajous, M.D., and One Hundred Associate Editors. The F. A. Davis Company, Publishers, Philadelphia, 1899. Volume II.

Von Sajous' Cyclopaedie, über deren Erscheinen schon in No. 7 des vorhergehenden Jahrganges dieser Monatsschrift berichtet wurde, ist der 2. Band erschienen. Derselbe reicht von Bromide of Ethtyl bis incl. Diphtheria und enthält eine Fülle interessanter Capitel, begleitet von einer reichen Anzahl Illustrationen, worunter 6 mit grosser Sorgfalt ausgeführte chromolithographische Tafeln. Aus dem Texte seien nur folgende besonders lesenswerthe Abschnitte hervorgehoben: Cerebral Haemorrhage, Cirrhosis of the Liver, Cholera, Cholelithiasis, Diabetes, Catalepsy, Chorea, Cocainomania und Cataract. Auch die Ausstattung des 2. Bandes ist eine vorzügliche.

R.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Litteratur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1899, No. 8 mit 11.

1) Richard Hölscher: Beiträge zur regionären Anästhesie (Aus der königl. chirurg. Klinik zu Kiel.) — Die glänzenden Resultate, welche mit der Oberst'schen regionären Anästhesie bisher überall bei Operationen an Fingern und Zehen erzielt worden waren, und das weitere Vorgehen von Manz in dieser Richtung haben den Verf. veran-

lasst, versuchsweise dieses Verfahren auch auf Operationen, die an höher gelegenen Stellen der Extremitäten, zunächst also an Hand und Fuss ausgeführt werden mussten, auszudehnen. Bei Operationen an der Hand wurde behufs Herstellung der Blutleere zwei Finger breit oberhalb des Handgelenks eine Nicaisegummibinde angelegt, und dicht an der Blutleere, zwischen Gummibinde und Handgelenk, eine entsprechende Quantität einer meist 0,2 proc. Schleich'schen Cocainlösung eingespritzt, dieselbe überall bis auf die Knochen in den Weichtheilen des Vorderarms vertheilend, sowohl an der Beuge- als an der Streckseite. Der Erfolg war ein überraschender. Meistens schon nach 10—25 Minuten nach Vollendung der Einspritzung war völlige Anaesthesie in den peripher von der Gummibinde gelegenen Theilen des Armes eingetreten und die betr. Operationen konnten ohne eine Spur von irgend einer Schmerzensäusserung seitens des Patienten ausgeführt werden. Als ein Hauptübelstand bei der regionären Anaesthesie grösserer Extremitäten hat sich die Nothwendigkeit, die Circulation durch Anlegung der Blutleere zu unterbrechen, herausgestellt. Die durch die letztere verursachten Schmerzen bilden nach Ansicht des Verf. ein Opfer, durch welches die nachher eintretende Anaesthesie theuer erkauft wird. Trotzdem wird es immer Fälle geben, wo das Verfahren seine Berechtigung findet, nämlich in solchen Fällen, bei denen jede Form von Narcose contraindicirt ist, dann ferner noch bei Operationen, bei denen ein zu lang andauerndes Sitzen der Blutleere vermieden werden kann. Uebrigens können die Nachtheile der Blutleere durch eine sorgfältige Technik, nicht zu starkes Anziehen der Gummibinde, Unterpolstern mit Watte oder weichen Mullbinden und dergl. erheblich vermindert werden.

2) M. Saenger (Magdeburg): Welchen Werth hat das Gurgeln? — Verf. ist der schon öfters aufgeworfenen Frage, ob dem Gurgeln ein practischer Werth zukommt oder nicht, durch Anstellung von Versuchen näher getreten. Und zwar hat er nicht, wie man dies früher schon gethan hatte, mit gefärbter bezw. färbender Flüssigkeit gurgeln lassen, sondern er betupfte die Tonsillen der Versuchsperson mit Methylenblau und liess dann mit reinem Wasser gurgeln. Das Ergebniss der Versuche war, dass die Gurgelflüssigkeit klar abfloss, und dass auch in der Mundhöhle keine Blaufärbung sich fand, während die Tonsillen und zum grossen Theil auch die Hinterwand des Rachens sich intensiv gefärbt zeigten. Die Gurgelflüssigkeit konnte also nicht bis zu den Tonsillen gelangen. Das Gurgeln erfüllt daher seinen Zweck nicht.

3) Fr. Schilling (Nürnberg): Ueber Tetanie nach partieller Strumektomie. — Bei einem jungen Menschen, dem 4 Monate zuvor das linke Schilddrüsenhorn und der Mittellappen operativ entfernt worden war, trat ganz plötzlich und ohne jegliche Vorboten Tetanie ein. Ausgang in Heilung. Ausser vorliegendem Falle sind nur noch drei Fälle von Tetanie nach partieller Strumektomie in der Literatur verzeichnet.

4) W. Asam (Murnau): Erfahrungen über Orthoform. — Während bisher allgemein das Orthoform als ungiftig und unschädlich angesehen

worden war, giebt nunmehr Asam 9 Fälle aus seiner Praxis bekannt, in denen sich das Orthoform als entzündungserregend und nekrotisirend gezeigt hat. „Die üblen Folgen traten meistens nach einer Anwendungszeit von 3—14 Tagen ein und äusserten sich anfänglich in entzündlichen Reizerscheinungen, welche auch reflectorisch oder durch die Blutbahn, metastasirt auf entferntere Körperregionen übertragen wurden, später in völliger Nekrotisirung, vermuthlich durch Quellung und Erweichung des Organeiweisses hervorgerufen."

5) Du Mesnil de Rochemont: Ist es nothwendig Anginakranke zu isoliren? (Aus dem Altonaer Krankenhause.) — Verf. findet in einer im Altonaer Krankenhaus vorgekommenen Hausepidemie von Angina die Bestätigung, dass es eine epidemisch auftretende Halsentzündung (nicht diphteritischer Natur) giebt, und dass dies Grund genug ist, um auch in Zukunft alle zur Aufnahme kommende Anginafälle auf der Infectionsabtheilung zu isoliren.

6) Assaky (Bukarest): Ueber breite Amputation mit nachfolgender Autoplastik bei Brustkrebs. (Aus dem Institut für Gynäkologie zu Bukarest.) — A. beschreibt ein von H. Graeve und Legueu angegebenes Verfahren zur Deckung des Hautdefectes nach der Halsted'schen Operation.

7) J. Lange (Leipzig): Ueber Myxödem im frühen Kindesalter. — L. giebt die Krankengeschichte zweier Kinder mit Myxödem. Bei dem einen Kinde hatte sich die Krankheit in den ersten Lebensmonaten entwickelt, das andere Kind ist nach der sehr bestimmt lautenden Aussage der Mutter myxoedematös geboren worden. Wenn auch die Diagnose des Myxoedems bei Kindern im Allgemeinen eine sehr leichte ist, so ist doch in Fällen, in denen man die Patienten im zeitweiligen oedemarmen Stadium sieht, eine Verwechselung mit Rachitis denkbar. In solchen zweifelhaften Fällen scheint man nun in der Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen ein diagnostisches Hülfsmittel gefunden zu haben. Wenn sich auf dem Skiagram das Skelet vollkommen verknöchert zeigt, so handelt es sich um Rachitis, sieht man aber noch helle, also noch nicht ossificirte Knorpelscheiben, dann handelt es sich um Myxoedem und ist auf Thyreoidea Besserung zu erwarten. Bei Kindern unter einem Jahre würde dieser Nachweis allerdings noch nicht stricte zu führen sein.

8) H. Röder: Ueber einen weiteren Fall von Taenia (Hymenolepis) nana (v. Siebold) in Deutschland. (Aus der medicinischen Klinik in Bonn.) — R. berichtet über das Vorhandensein dieser in Deutschland überaus selten vorkommenden, sehr zarten und kleinen Taenie bei einem 2¼jährigen Mädchen. Die Heimath dieses Bandwurms ist Italien, besonders der Süden und Sizilien.

9) Urban: Trauma und Tuberculose. (Aus dem Marienkrankenhause in Hamburg.) — Der Aufsatz behandelt die Beziehungen zwischen Verletzungen und Tuberculose, namentlich der Gelenke und Knochen und enthält nichts wesentlich Neues.

10) R. Morian (Essen a. Ruhr): Ein Fall von Pankreasne-

krose. — Es handelte sich um eine 44jährige Frau, die früher schon an kurzdauernder Gallensteinkolik mit Gelbsucht gelitten hatte. Sie erkrankte plötzlich unter shockartigen Symptomen, Oppressionsgefühl, Erbrechen und heftigen Schmerzen im Leibe. In der Annahme, es handele sich um eine recidivirende Cholelithiasis, wurde der Gallenblasenschnitt vorgenommen. Die Gallenblase war klein und mit vielen kleinen Steinen gefüllt. Die nächsten 3 Tagen gestalteten sich für die Pat. durch den Nachlass der Schmerzen günstig. Allein der septische Zustand blieb derselbe, geringe Benommenheit, trockne Zunge, Fieber. Im späteren Verlaufe kam es zu einer Communication zwischen Magen und Gallenblase, zu Dämpfung und Bronchialathmen an der unteren Grenze der linken Lunge, womit ein Fingerzeig gegeben war, dass unter dem Zwerchfell eine Abscedirung im Gange sei, und da der immer mehr sinkende Kräftezustand der Pat. einen weiteren operativen Eingriff nicht mehr gestattete, trat genau nach 4 Wochen nach dem Beginn der Krankheit der Tod ein. Bei der Section fand sich u. A. eine haemorrhagische Gangraen des Pankreas. Körper und Schwanz dieses Organs lagen gelöst in einer graubraunen, blutigen, bröckeligen, schmierigen Masse. Der Magen hatte in der Gegend des Pförtners hinten ein grosses Loch. Die Gallenblase war nach hinten ebenfalls perforirt und mündete dort in eine grosse Abscesshöhle, der Bursa omentalis entsprechend. Ueber die Aetiologie dieses interessanten Falles ist nichts mitgetheilt.

11) F. Schilling: Ueber methodische unblutige Erweiterung der Phimosis kleiner Knaben. — Sch. ist es in 10 Fällen hochgradiger Phimosis gelungen, letztere durch methodische, manuelle Erweiterungsversuche auf unblutigem Wege zu beseitigen. Er empfiehlt deshalb, die Indication zur blutigen Phimoseoperation einzuschränken und die zur unblutigen Dilatation zu erweitern im Interesse der Kinder messerscheuer Eltern.

Centralblatt für Innere Medicin, 1899, No. 7 mit 9.

1) Joseph Prantner und Robert Stowasser: Ueber den Einfluss des Zuckers auf die Muskelermüdung. (Aus der medicinischen Klinik des Prof. Kraus in Graz.) — Die Verf. glauben auf Grund von Versuchen an ihrer eignen Person den Nachweis erbracht zu haben, dass eine verhältnissmässig kleine Zulage von Zucker zur gewöhnlichen Kost im Stande ist, eiweisssparend zu wirken, trotz einer Muskelarbeit, welche ausreichte, um an sich erhöhten Eiweissumsatz zu bewirken. Ihre durch diese Versuche gemachten Erfahrungen auf die Praxis übertragend kommen die Verf. sodann zu folgendem Schluss: „Weniger als regelmässiges Nahrungsmittel für dauernd schwer Arbeitende, mehr jedoch für Individuen, welche eine einmalige ungewöhnlich grosse Leistung aufzubringen haben oder schon ermüdet eine Kraftanstrengung vollführen sollen (Soldaten im Felde, Bergsteiger, Sportsleute im Wettkampf, Radfahren, Rudern, Schwimmen) wird der Zucker wegen seiner kraftgebenden Wirkung als insbesondere wegen der Raschheit ihres Eintretens unter Schonung des Eiweissbestandes Beachtung verdienen."

2) Fritz Callomon: Untersuchung über das Verhalten der Fäcesgärung bei Säuglingen. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.) — Auf Grund der von Prof. Schmidt-Bonn veröffentlichten Ergebnisse über das Verhalten der Fäcegärung und ihre diagnostische Verwerthbarkeit hat C. an gesunden und kranken Säuglingen Versuche angestellt, die sich speciell auf die „Frühgärung", d. h. die unter reichlicher CO_2-Bildung erfolgende Vergärung der Kohlenhydrate in den Fäces beziehen. Dabei ergab sich, dass schon beim gesunden Brustkind, also unter normalen Verhältnissen, deutliche Frühgärung auftreten kann; dasselbe ergab sich bei Ernährung mit Kuhmilch. Bei den vorwiegend in ungelöster Form zugeführten Kohlenhydraten, den Mehlen, zeigte sich in einer Reihe von Einzelnuntersuchungen keine weesentliche Frühgärung. Jedoch trat in manchen Fällen sehr lebhafte Frühgärung unter ganz denselben Umständen ein, unter denen in anderen Einzelnuntersuchungen beim gleichen Kind keine Frühgärung erfolgte. Diese Schwankungen zusammen mit der Unmöglichkeit, eine bestimmte Normalkost aufzustellen, bei welcher das Auftreten ausgesprochener Frühgärung stets pathologische Verhältnisse anzeigt, verhindern die klinisch-diagnostische Verwerthung der Fäcesgärung für das Säuglingsalter.

Centralblatt für Chirurgie, No. 7 mit 9.

1) S. Kofmann (Odessa): Erwiderung auf den Artikel von Dr. H. Braun in No. 43 (1898) dieses Blattes. — In diesem Controverseartikel analysirt K. das Wesen der Oberst'schen regionären Anaesthesie und gibt seiner Ueberzeugung Ausdruck, dass die Wirkung der Oberst'schen Methode auf dem Verlust der Nervenempfindlichkeit in Folge von Abschnürung des zu operirenden Theils und der Cocaininjection basirt, dass aber, da das Abwarten nach der Constriction selbst erfolgreich ist, das Cocain ohne Belang ist. K. behauptet ferner ausdrücklich, dass, wo das Cocain wegen der grossen Injectionsschmerzhaftigkeit (Entzündungen) ohne Blutleere nicht angewandt werden kann, die Wirkung allein der Constriction zu verdanken und nur durch sie bedingt ist, schliesslich, dass bei Oberst'schen Operationen, die länger als 8—10 Minuten dauern, die Anaesthesie blos auf die Wirkung der Blutleere zurückzuführen ist.

2) L. Heidenhain: Ersetzung des Catgut durch Seide. (Aus dem städtischen Krankenhaus zu Worms a. Rh.) — Seit Ende Juli 1898 hat H. zu allen Unterbindungen und allen versenkten Nähten Seide benutzt. Catgut ist überhaupt nicht mehr zur Verwendung gelangt. Die Ergebnisse waren durchweg gleichmässig und so gut, dass H. nicht mehr zum Catgut zurückkehren wird. Es hat sich in dieser ganzen Zeit auch nicht ein Seidenfaden nach aussen abgestossen; sie sind alle ohne irgend welche Störung eingeheilt.

3) Hans Wagner: Ueber die Diagraphie von Nierensteinen. (Aus der Breslauer Klinik.) — Da die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen nach den bisherigen Veröffentlichungen nur ganz unsichere Resultate hinsichtlich der Feststellung von Nierensteinen ergeben hatten, so gibt W. seine Erfahrungen auf diesem Gebiete bekannt, die wesentlich

günstiger lauten. In allen seinen Fällen erschienen die Steine auf der Platte; die schlechtesten Bilder gab der harnsaure Stein, die besten der Oxalatstein, die Mitte hielt der Phosphastein. Als Grund, dass die bisherigen Versuche der Röntgenphotographie von Nierensteinen weniger geglückt waren, sieht W. mangelhafte Technik an. Von grösster Bedeutung scheint ihm neben der Qualität der Röhren die Expositionszeit zu sein.

4) Prof. A. Podrez (Charkow): Zur Technik der Kraniotomie: Ein neuer Conduktor zur Drahtsäge. — P. hat zur Gigli'schen Drahtsäge einen Conduktor aus einer Uhrfeder construirt, der nicht allein die Unterführung der Drahtsäge erleichtern, sondern auch gleichzeitig das Gehirn mit seinen Hüllen vor Verletzungen bewahren soll.

5) A. Fraenkel (Wien): Zur Technik der Resection des zweiten Astes des Trigeminus an der Schädelbasis. — Nachdem F. von anatomischer Seite darauf aufmerksam gemacht worden war, wie leicht man ohne Setzung einer äusseren Wunde rasch und sicher an den Verlauf des Nerven an der Schädelbasis gelangen kann, versuchte er das Verfahren zunächst am Cadaver und dann an einer Patientin mit zufriedenstellendem Erfolg und glaubt daher diese so einfache und sichere Methode, die ohne Hinterlassung einer äusserlich sichtbaren Narbe als rein buccale Methode zum Ziel führt zur Nachahmung empfehlen zu sollen. Das Verfahren besteht im Wesentlichen in der Durchschneidung und Zurückpräparirung der Mundschleimhaut am Oberkiefer über der Fossa canina, Eröffnung der vorderen Wand der Highmorshöhle, genauer Inspection derselben bei künstlicher Beleuchtung, wobei man den Nerven durchschimmern sieht, Aufmeisseln und Resection des Nerven. Der Vortheil liegt ausser in der Möglichkeit der Durchführung der Operation ohne äussere Wunde namentlich darin, dass Conflicte mit grösseren Gefässen (A. maxillaris int.) ausgeschlossen sind, dass ferner der eingeschlagene Weg ebenso rasch als sicher zum Ziele führt.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899. No. 8 und 9.

1) A. Mackenrodt: Zur Operation bei Retroflexio uteri. — Der Verf. plädirt zu Gunsten der von ihm schon früher beschriebenen Vaginäfixation gegenüber der Alexander'schen Operation.

2) Georg Romm (Wilna): Neubildung einer zerstörten weiblichen Harnröhre unter Anwendung der Gersuny'schen Methode der Sphinkterenbildung. — R. operirte nach der Gersuný'schen Methode jedoch mit der Modification, dass er die Operation zweizeitig ausführte, da er sich bei dem morschen Gewebe nicht getraute, die nöthige starke Drehung um 360° auf einmal vorzunehmen. Daher nahm er die zweite Drehung erst vor, nachdem sich die neugebildete Röhre fest gestaltet hatte. Es wurde vollständige Continenz erzielt.

3) H. Cramer: Der Argentumcatarrh des Neugeborenen. (Aus der kgl. Universitäts-Frauen-Klinik zu Bonn.) — Gegenüber der vielfach aufgestellten Behauptung, dass das Einträufeln der Crede'schen Lösung in das Auge des Neugeborenen meist keine erhebliche Reaction im Auge

hervorrufe, konnte C. durch Beobachtung an 300 auf diese Weise behandelten Neugeborenen feststellen, dass die Conjunctivalschleimhaut in jedem Falle mehr oder weniger auf das Einträufeln reagirte. Die Reaction äusserte sich in einfacher Schwellung und Röthung der Schleimhaut bis zu dem Bilde einer heftigen, schweren Conjunctivitis oder Blennorrhoe, mit Secretmassen, die die Kopfunterlage des Kindes durchnässten. Nur in 4 Fällen wurde eine Secretion vermisst und war nur Röthung und Schwellung nachweisbar.

4) B. E. Hadra (San Antonio, Texas): Wanderniere und Appendicitis. — Verf. wendet sich gegen einen auf dieselbe Weise überschriebenen Artikel von Edebohls, der in No. 40 des Centralbl. f. Gynäkologie 1898 erschienen war. H. glaubt nicht an ein Kausalverhältniss zwischen Wanderniere und Appendicitis, trotz Edebohl's Erklärung. Des letzteren 12 Appendicitisheilungen nach Nephropexie hält H. nicht für beweiskräftig. Was E.'s Operationsmethode, die er für gleichzeitige Besorgung der beiden Leiden empfiehlt, anbelangt, so möchte sich H. ernstlich dagegen aussprechen. Sie ist sicher viel gefährlicher als die gewöhnlichen Operationen separat ausgeführt. Und dann würde H. immer zuerst die Appendixoperation vornehmen in der Hoffnung, dass der Erfolg derselben die andere überflüssig machen dürfte.

Virchow's Archiv, Band 155, Heft 2.

1) Prof. Ribbert (Zürich): Beiträge zur Kenntniss der Niereninfarkte. — R. giebt, gestützt auf Sectionsbefunde und auf eine Reihe eigener Versuche, interessante Aufschlüsse über das Zustandekommen, Aussehen und Schicksal der Niereninfarkte.

2) E. G. Orthmann (Berlin): Ueber die Entstehungsweisen der Sactosalpingen und Tubo-Ovarialcysten. (Aus der Prof. A. Martin'schen Privatheilanstalt für Frauenkrankheiten.) — Als hauptsächlichstes Ergebniss seiner Versuche hebt O. folgende zwei Punkte hervor: 1. Für die Mehrzahl der Fälle ist an der Burnier'schen Theorie über die Entstehungsweise der Sactosalpingen und Tubo-Ovarialcysten festzuhalten. 2. Bei primärer Ovarialcyste kann, abgesehen von der Ruptur-Theorie, eine flächenhafte Verwachsung der Fimbrien-Enden an der Cystenoberfläche mit nachfolgender Druckatrophie der Cystenwandung zur Bildung einer Tubo-Ovarialcyste führen.

3) R. Vogel (Basel): Zwei Fälle von abdominalem Lungengewebe. — V. beschreibt zwei Präparate der pathologisch-anatomischen Sammlung in Basel, die als zufällige Befunde bei Sectionen gefunden worden waren. Es betrifft dies zwei Fälle von sogen. Bauchlungen, und wenn man die beiden Fälle mit einander vergleicht, so fällt nicht nur die Uebereinstimmung im histiologischen Baue derselben auf, sondern auch ihre Analogie in Bezug auf äussere Gestalt und auf ihre Lage im Körper. Von der Grösse eines kleinen Hühnereies, von der Form einer schiefen, dreiseitigen Pyramide, liegen beide an derselben Stelle des Abdomen, links von der Wirbelsäule und medianwärts von der Nebenniere. Es handelt sich hier wahrscheinlich um ähnliche freigewordene Lungenlap-

pen, wie solche seinerzeit von Rokitansky und Rektorzik beschrieben wurden.

4) Julius Wolff (Berlin): Die Lehre von der functionellen Knochengestalt. — Zu einem kurzen Referate nicht geeignet.

5) Prof. M. Miura (Tokio): Pathologisch-anatomischer Befund an den Leichen von Säuglingen mit der sog. Kakke-Dyspepsie. — M. giebt 4 Sectionsbefunde von an Kakke gestorbenen Kindern bekannt und ist nunmehr im Gegensatze von früher, wo er die Kakke der Säuglinge nicht als solche anerkannt hatte, überzeugt, dass die Kakke auch im Säuglingsalter vorkommen kann.

6) G. Beyfuss: Tropen-Malaria und Acclimatisation. Beobachtungen in Niederländisch-Indien. — Verf. veröffentlicht seine Erfahrungen über Malaria und Schwarzwasserfieber während seines langjährigen Aufenthalts in den verschiedensten Tropengebieten, wie auf den Inseln Borneo, Java und Sumatra. Er vergleicht seine Beobachtungen mit denen Robert Koch's (Aerztliche Beobachtungen in den Tropen. Berlin 1898) und kann insbesonders dessen Ansicht, dass mit der Erkenntniss einer uns noch unbekannten Uebertragungsart der Malaria auf den Menschen, nämlich durch die Mosquitos, welcher wir fortan erfolgreich entgegenzutreten in den Stand gesetzt seien, und einer zeitlich correcteren Darreichung von Chininsalzen nach stattgehabter Infection eine neue Aera für die Acclimatisation an das gefürchtete Tropenklima anbrechen würde, durchaus nicht beistimmen.

7) Prof. Luigi Manfredi: Ueber die Bedeutung des Lymphganglien-Systems für die moderne Lehre von der Infection und der Immunität. Versuche und Schlussfolgerungen. — (Aus dem hygienischen Institut der Kgl. Universität in Palermo.) Zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital. Baltimore, 1899, Nos. 94, 95 and 96.

1) H. A. Kelly: The Dissection and Liberation of the Sphincter Ani Muscle followed by its direct Suture in Cases of Complete Tear of the Perineum, with a Splinting Suture passing between the Outer and Inner Margins of the Muscle. — Da bei alten Dammrissen 3. Grades die Operationen nach Emmet oder Hegar zuweilen unbefriedigende Resultate ergeben, hat K. der Emmet'schen Operation einige Modificationen beigefügt, die im Wesentlichen darin bestehen, dass 1) der Sphincter ani in ausgedehntester Weise blosgelegt wird, 2) die Enden des Sphincters auf jeder Seite 1—1½ cm. oder noch mehr herauspräparirt und mit 3—4 Catgutnähten vereinigt werden, 3) zur Entspannung ein Silkwormgutfaden durch die Substanz des Sphincters gelegt wird und zwar in der Mitte zwischen dem inneren und äusseren Rand desselben. Die beigegebenen Beschreibungen von 11 auf diese Weise operirten Fällen und 2 Tafeln mit Abbildungen dienen zur näheren Erläuterung des Verfahrens.

2) Wm. Wood Russell: Aberrant Portions of the Müllerian Duct found in an Ovary. — Zu einem kurzen Referate nicht geeignet.

3) J. G. Clark: The Cause and Significance of Uterine Hemorrhage in Cases of Myoma Uteri. — An der Hand von 100 klinischen Fällen und gestützt auf eine Reihe von ihm vorgenommener experimenteller Injectionen in das Gefässsystem des Uterus kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Zwischen den 4 arteriellen Blutzuflussbahnen des Uterus besteht nicht wie bei den sonstigen Organen nur eine Verbindung durch Capillaren, sondern ausserdem eine solche durch directe Anastomosen. 2) Die Menorrhagien und Metrorrhagien bei Myomen des Uterus hängen einzig und allein von mechanischen Umständen infolge des localen Sitzes der Tumoren ab, die einmal eine Congestion der tiefer liegenden Gefässe der Muscularis und des Endometriums und damit Vermehrung oder Verlängerung der menstruellen Blutung hervorrufen, zweitens Störungen in dem Gefässsystem des Endometriums oder der Tumoren selbst bewirken, deren Folgen dann die atypischen Hämorrhagien sind. Zur weiteren Erläuterung seiner Schlussfolgerungen beschreibt C. 8 Fälle von wegen Myomen entfernten Uteri mit nachgefolgtem Injectionsverfahren.

4) O. Ramsay: A Study of Sixty-seven Cases of Primary Malignant Tumors of the Suprarenal Gland. — Mit Berücksichtigung der wenigen bis jetzt beschriebenen Fälle von primären malignen Tumoren der Nebennieren und von drei von ihm selbst beobachteten Fälle sucht R. Schlüsse zu ziehen bezüglich Diagnose, Symptome und Behandlung dieser Tumoren. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen sind der Hauptsache nach folgende: 1) Maligne Tumoren der Nebennieren sind selten, kommen im Allgemeinen etwas häufiger beim männlichen Geschlecht vor. 2) Während in einigen Fällen die Tumoren einen ausgesprochenen Symptomencomplex hervorrufen, sind in anderen Fällen überhaupt keine Symptome vorhanden, die auf eine Erkrankung der Nebennieren hinweisen. 3) Rapider Kräfteverlust, Verdauungsstörungen und Schmerzen im Abdomen sind die hervorstechendsten Symptome. 4) Veränderungen in der Haut bilden eher die Ausnahme wie die Regel. 5) Sie nehmen meistens einen rapiden Verlauf, die Dauer ist kürzer wie bei malignen Neubildungen in anderen Organen. 6) Die Diagnose ist unmöglich in manchen, schwierig in allen Fällen. 7) Die Prognose ist stets eine ernste, auch bei erfolgreicher Operation, wegen der Häufigkeit, in der beide Nebennieren befallen sind und wegen der Neigung zu frühen Metastasen. 8) Die einzige Aussicht auf Heilung giebt die Operation, die bis jetzt in zwei Fällen nur von Erfolg begleitet war. 9) Hauptschwierigkeiten bei der Operation bilden die Bröcklichkeit der Tumoren, ihre Neigungen zu profusen Blutungen und die häufigen Adhäsionen.

5) G. B. Miller: The Bacteriology of the Cavity of the Corpus Uteri of the Nonpregnant Woman. — M. untersuchte in 68 Fällen das Cavum der durch supravaginale Amputation gewonnenen Uteri. In 53 Fällen zeigte der Uterus Veränderungen entzündlicher Natur, in 26 Fällen gonorrhoischen, in 12 puerperalen Ursprungs; 3 Uteri waren an

Tuberculose, 4 an Myom resp. Carcinom erkrankt, in 4 Fällen war die Entzündung die Folge vorausgegangener Operationen, in 2 Fällen Ursache nicht genauer bekannt. Das Ergebniss der bacteriologischen Untersuchung war folgendes: Der Gonococcus wurde 7 mal, der Streptococcus pyogenes 1 mal, der Staphylococcus pyog. aureus 1 mal, der Staphylococcus pyog. albus 2 mal, der Tuberkelbacillus 2 mal und unbekannte Saprophyten 4 mal gefunden. In den Fällen, in denen keine Entzündung vorhanden war, wurden keine Bacterien gefunden, d. h. das Cavum des normalen Uterus ist frei von Bacterien.

6) J. F. Mitchell: The Presence of Foreign Bodies in the Vermiform Appendix with Especial Reference to Pointed Bodies. — M. erörtert die in der Literatur beschriebenen Fälle, in denen Fremdkörper die Veranlassung zu Appendicitis gegeben hatten; dies war in 1400 Fällen von Appendicitis ungefähr in 7 Procent der Fall gewesen. M. geht dann auf einige dieser Fälle näher ein und beschreibt schliesslich noch 35 casuistische Fälle, in denen die Appendicitis speciell durch Nadeln verursacht worden war.

7) J. G. Clark: Origin, Development and Degeneration of the Blood vessels of the Ovary. — Zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

8) Th. R. Brown: Ovarian Cysts in the Negress. — Verf. hat Untersuchungen über die Häufigkeit desVorkommens von Ovarialcysten bei Negerinnen angestellt und dabei gefunden, dass, wenn auch die einfachen Retentionscysten und die uni- und multiloculären Ovarialcysten relativ viel seltener bei den Negerinnen vorkommen wie bei den weissen Frauen, sie andererseits doch viel häufiger bei den ersteren vorhanden sind als allgemein angenommen wird.

9) W. G. MacCallum and T. W. Hastings: On a Hitherto Undescribed Peptonising Diplococcus causing Acute Ulcerative Endocarditis. — Die Verf. beschreiben einen, wie sie angeben, bis jetzt noch nicht bekannt gewesenen pathogenen Bacillus, für den sie den Namen Micrococcus zymogenes vorschlagen.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

17 West 43. Strasse.

Sitzung vom Mittwoch, den 4. Januar 1899.

Präsident Dr. W. Freudenthal eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der letzten Sitzung, welches von der Versammlung genehmigt wird.

Präsident Dr. W. Freudenthal: Ich habe Ihnen mitzutheilen, dass im vorigen Monat unser Mitglied Dr. S. P. Cahen gestorben ist.

Ausserdem starb in San Francisco Anfang vorigen Monats Dr. G. W. Rachel. Derselbe war, wie Sie wissen, Begründer der „New Yorker Medicinischen Presse." Er war jahrelang ein eifriges Mitglied unserer Gesellschaft gewesen und hat wiederholt lehrreiche Vorträge gehalten. Ich zweifle nicht, dass sein Tod bei vielen Freunden tiefes Bedauern erregen wird. Ich ersuche Sie, sich zum ehrenden Andenken dieser beiden Herren von Ihren Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

Ferner hat Dr. R. Abrahams seine Resignation eingereicht. — Die Versammlung beschliesst dieselbe anzunehmen.

Dr. L. Heitzmann: Ich möchte mittheilen, dass am ersten Januar auch unser Mitglied Dr. Louis Spannhake gestorben ist. Derselbe ist gestern Abend beerdigt worden.

Präsident Dr. W. Freudenthal: Ich ersuche Sie, meine Herren, sich nochmals von Ihren Sitzen zu erheben, um das Andenken des Verstorbenen zu ehren. (Geschieht.)

Bevor wir in unsere Tagesordnung eintreten, möchte ich Ihnen eine Mittheilung über unsere Verhandlung mit der Cherouny Printing & Publishing Company machen. Wie Sie wissen, sollte unser Contrakt mit dieser Gesellschaft Ende 1898 ablaufen. Ich stellte daher schon frühzeitig, vor unserer Octobersitzung, im Verwaltungsrath den Antrag, diesen Contrakt zu erneuern. Dieser Antrag wurde vom Verwaltungsrath gutgeheissen und hier von der Versammlung genehmigt. Darauf stellte die Cherouny Printing & Publishing Company den Antrag, mit Rücksicht darauf, dass ihre Einnahmen von der Monatsschrift sehr geringe seien, auch für die Mitglieder unserer Gesellschaft den jährlichen Abonnementspreis für die Monatsschrift auf $3.00 erhöhen zu dürfen, während die Mitglieder früher nur $2.00 bezahlt hatten; der Verwaltungsrath beschloss die Bitte zu gewähren, und dieser Beschluss wurde ebenfalls von der Versammlung genehmigt. Der Vertreter der Cherouny Company erklärte sodann, dass die Sache damit abgethan sei, und wir keinen Contrakt mehr zu machen brauchten. Ich bestand indess darauf, dass ein Contrakt vorhanden sein müsse. Ich habe seitdem wiederholt an die Herren geschrieben, aber keine Antwort erhalten. Danach scheint es mir, dass unser Beschluss in Betreff Erneuerung des Contraktes hinfällig geworden ist, und ich erkläre hiermit, dass das Blatt nicht mehr das Recht hat, sich als offizielles Organ der German Medical Society zu bezeichnen.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Dr. A. Schapringer:

VORSTELLUNG EINES FALLES VON HETEROCHROMIE MIT CATARACTBILDUNG IM PIGMENTÄRMEREN AUGE.

Dr. Schapringer stellt eine in der Mitte der 50er Jahre stehende Frau vor, in deren rechtem Auge die Farbe der Regenbogenhaut braun, im linken dagegen grau-blau ist. In letzterem Auge ist die Krystalllinse total getrübt (grauer Star) und das Sehvermögen dementsprechend auf die Unterscheidung von Hell und Dunkel beschränkt. Das Projections-

vermögen ist dabei tadellos, woraus zu schliessen ist, dass im Augenhintergrunde keine wesentliche Abnormität, insbesondere keine Netzhautablösung vorhanden ist. Das Spiel der Pupille ist uneingeschränkt. Im rechten Auge mit brauner Iris ist die Kraystalllinse vollkommen klar und durchsichtig und ist dieses Auge überhaupt bis auf einen geringen Grad von Kurzsichtigeit vollständig normal, nur zeigt die Sehnervenscheibe diejenige Varietät, welche man gewöhnlich als „Conus nach unten" bezeichnet.

Seltsamerweise ist der Farbenunterschied der beiden Regenbogenhäute bei der vorgestellten Patientin kein angeborener, denn ursprünglich waren bei ihr beide Augen gleich braun. Vor etwa neun Jahren fiel ihrer Tochter auf, dass das linke Auge der Mutter seine Farbe verändere. Diese Farbenveränderung trat ein ohne die geringsten Beschwerden, insbesondere handelte es sich um keine Entzündungserscheinungen irgend welcher Art. Dieser Umstand muss hervorgehoben werden, denn bekanntlich gehen entzündliche Zustände der Iris mit Farbenveränderungen dieser Membran einher. Von einer Iritis war also hier keine Rede, auch ist der Pupillarrand noch heute in beiden Augen gleichmässig vollkommen frei und beweglich. Es handelt sich also hier um eine erworbene essentielle Heterochromie.

In dem pigmentärmeren Auge fing nun vor etwa 3—4 Jahren die Krystalllinse an, sich zu trüben und das Sehvermögen dadurch zu beeinträchtigen. Der Fall ist demnach analog den von Jonathan Hutchinson, Malgat und neuestens von Bistis veröffentlichten Fällen von Heterochromie, bei welchen sich im Laufe der Zeit im pigmentärmeren Auge Trübung der Linse einstellte, während die Linse des stärker pigmentirten Auges dauernd klar blieb. Bei den angeführten Autoren handelte es sich jedoch ausnahmslos um angeborene Heterochromie, was freilich nicht ganz buchstäblich zu nehmen ist, denn bekanntlich kommt kein Kind mit brauner Iris zur Welt, sondern es haben alle Neugeborenen blaue Regenbogenhäute und die braune Färbung entwickelt sich erst einige Zeit nach der Geburt. Von im erwachsenen Lebensalter auftretender essentieller Heterochromie, wie solche in dem heute vorgestellten Falle zu constatiren ist, hat Vortragender in der ophthalmologischen Litteratur keinen Hinweis gefunden, im Gegentheil sagt Malgat ausdrücklich: On ne devient pas chromhétérope, on naît chromhétérope, ein Ausspruch, der angesichts der bei der vorgestellten Patientin constatirten Thatsachen nicht uneingeschränkt gültig ist.

Jonathan Hutchinson war der erste, der darauf aufmerksam machte, dass bei Heterochromie das pigmentärmere Auge gleichsam als ein krankes aufgefasst werden müsse, bei welchem die Ernährungsstörungen im Augenhintergrunde zur Linsentrübung führen können. In der bisher in der Litteratur mitgetheilten Casuistik ist das Alter der mit angeborener Heterochromie (oder Heterophthalmus) behafteten Individuen zur Zeit der Cataractentwickelung durchgehends ein früheres als im vorgestellten Falle. Die Differentialdiagnose der Cataracta heterochromica (oder heterophthalmica) von der Cataracta senilis, wie sie hier ja in Betracht kommen muss, ist insofern wichtig, als beim Altersstar ausnahms-

los früher oder später auch das andere Auge ergriffen wird. Bei der uns hier beschäftigenden Form der Cataract ist ein Ergriffenwerden des zweiten Auges bisher noch in keinem Falle beobachtet worden, wobei freilich zu bemerken ist, dass die betreffenden Beobachtungen nicht bis an das Lebensende der betreffenden Individuen fortgesetzt wurden. Die Prognose in Bezug auf das cataractfreie rechte Auge der vorgestellten Frau darf aber immerhin als günstig hingestellt werden, es wird voraussichtlich die Krystalllinse in diesem Auge sich ungetrübt erhalten.

Der Star im linken Auge befindet sich im Stadium der Reife und könnte, wenn die Patientin einwilligte, ganz gut durch Extraction entfernt werden. Jonathan Hutchinson warnt zwar vor entzündlichen Complicationen nach operativen Eingriffen an einem derartigen Augapfel. Ihm gegenüber stehen jedoch die ausdrücklichen Angaben von Malgat und Bistis, welche günstige Resultate nach der Extraction in einer ganzen Reihe von derartigen Fällen erzielten.

Die nähere Ursache der hellen Färbung der linken Iris ist der geringe Gehalt an Pigment. Ueber die Pathogenese des Pigmentschwundes lässt sich vorläufig nicht einmal eine Theorie aufstellen. Bei den bisher mitgetheilten Fällen von angeborenem Heterophthalmus — auch „partieller Albinismus" genannt — spielte die Heredität keine Rolle, dagegen erzählt die hier vorgestellte Frau, dass eine Tochter ihres Bruderr zwei verschieden gefärbte Augen habe, ein braunes und ein blaues. Die sogenannte angeborene Heterochromie kann man als Bildungshemmung des Pigmentes auffassen. Warum die Linse sich in dem pigmentschwächeren Auge trübt, während sie in dem anderen Auge klar bleibt, darüber weiss man nicht das Geringste, wie überhaupt die Ernährung der Linse ein vollständig dunkles Gebiet für uns ist.

Das pigmentärmere Auge ist jedenfalls als ein krankhaften Einflüssen gegenüber weniger widerstandsfähiges anzusehen (Johann Hutchinson). Vortragender hat eine Frau mit Heterochromie beobachtet, welche auf der Seite des weniger pigmentirten Auges mit Thränensackblennorrhoe behaftet war.

ANSPRACHE DES SCHEIDENDEN PRÆSIDENTEN.

Präsident Dr. W. Freudenthal: Ich möchte beim Scheiden aus dem Amte zunächst wenige Worte über unser Unterstützungsfonds-Committee bemerken. Ich habe mich von Anfang an für dasselbe sehr interessirt und mich immer sehr gefreut, wenn hilfsbedürftige Collegen bei demselben Hilfe fanden. Aber ich habe mit mehreren Anwälten über die Sache gesprochen, und die haben erklärt, dass dieses Unterstützungs-Committee, juristisch gesprochen, seinen Statuten nach ein Unding sei. Deshalb glaube ich, dass wir dasselbe auf eine gesunde Basis werden bringen müssen.

Ich möchte ferner bei dieser Gelegenheit nochmals auf unser Bankett zu sprechen kommen und möchte den Herren des Committees, welche in so reichem Maasse ihre Schuldigkeit gethan haben, den wärmsten Dank für ihre Bemühungen aussprechen.

Zur Zeit der Uebernahme meines Amtes bot sich mir keine Gelegenheit, Ihnen eine wissenschaftliche Abhandlung vorzulegen; auch bei meiner Wiederwahl war mir das nicht möglich, da so viele andere Vorträge angemeldet waren. Ich erlaube mir daher, Ihnen heute einen kurzen Vortrag darzubieten, und zwar über

DIE BEHANDLUNG DER DYSPHAGIE UND DES HUSTENS SPEZIELL BEI TUBERCULOSE. (Anderwärts veröffentlicht.)

Nunmehr habe ich noch allen denjenigen herzlich zu danken, die mich in den letzten zwei Jahren so freundlich unterstützt und den Verein gefördert haben. Als letzte Aufgabe bleibt mir nur noch die angenehme Pflicht übrig, Ihnen Ihren neuen Präsidenten vorzustellen, einen Herrn, der seit vielen Jahren in der Wissenschaft wohl bekannt ist und seine Kraft und Energie dazu verwenden wird, den Verein zu heben und zu fördern. Dessen bin ich ganz gewiss. Ich habe die Ehre, Ihnen Ihren neuerwählten Präsidenten, Herrn Dr. Hermann G. Klotz, vorzustellen.

ANSPRACHE DES NEUERWÆHLTEN PRÆSIDENTEN.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz: Meine Herren. Gestatten Sie mir für die Ehre, die Sie mir erwiesen haben, dadurch, dass Sie mich zum Vorsitzenden Ihrer Gesellschaft gewählt haben, Ihnen meinen Dank auszusprechen. Wenn ich dieses Amt nicht gesucht und selbst Bedenken getragen habe, die Nomination anzunehmen, so war der Grund nicht der, dass ich die damit verbundene Ehre unterschätzt hätte. Aber ich weiss nur zu gut, dass die Uebernahme eines solchen Amtes gewisse Opfer an Arbeit und namentlich an Zeit erfordert, und dass man letztere seiner eigenen Erholung und dem Verkehr mit seiner Familie entziehen muss. Dennoch bin ich der Ansicht, dass jedes Mitglied eines Gemeinwesens zu Zeiten seine Bequemlichkeit und seine Neigungen hintan setzen soll und muss, wenn das Vertrauen seiner Collegen ihn dazu auffordert. So verspreche ich denn, das Amt, welches ich hiermit übernehme, nach meinem besten Wissen und Willen zu verwalten, und mich zu bemühen, das Wohl der Gesellschaft nach besten Kräften zu fördern und das in mich gesetzte Vertrauen zu rechtfertigen, und dazu bitte ich Sie alle um Ihre freundliche Unterstützung. Ich bin nicht in der Lage, mit Ideen und Plänen in Bezug auf unsere Gesellschaft vor Sie zu treten oder gar mit dem fertigen Programm einer etwa zu verfolgenden Politik. Es mag sein, dass mir eine längere Bekanntschaft mit dem Geschäftsgang später dazu Veranlassung giebt. Im allgemeinen möchte ich mich zu dem Grundsatz bekennen, dass diejenige Regierung die beste ist, welche am wenigsten regiert.

Es ist Gebrauch gewesen, bei dieser Gelegenheit einige Bemerkungen anzuschliessen entweder über eine wissenschaftliche Frage mehr allgemeiner Bedeutung, oder über ein die Interessen unseres Standes berührendes Kapitel. Dieser Sitte folgend, möcht ich auf einige Minuten Ihre Aufmerksamkeit für einen Gegenstand in Anspruch nehmen, der seltener in der Oeffentlichkeit besprochen wird, aber jedenfalls oft im Stillen zu Stossseufzern, wo nicht zu schlimmeren Ausbrüchen unterdrückter Gemüthsbewegung Veranlassung giebt, nämlich

DIE AUSSERORDENTLICHE UEBERHANDNAHME DER IN DEUTSCHER SPRACHE ERSCHEINENDEN FACHZEITSCHRIFTEN. (In No. 1 ds. Jahrganges veröffentlicht.)

Dr. Willy Meyer:

BEMERKUNGEN UEBER DEN WERTH DER BOTTINI'SCHEN OPERATION IN DER RADIKAL-BEHANDLUNG DER PROSTATA-HYPERTROPHIE.

Herr Präsident und meine Herren: In der Beurtheilung des Werthes einer Operations-Methode ist grössere Erfahrung eines Einzelnen von besonderem Gewicht, manchmal entscheidend für ihre endgültige Weiterverbreitung.

So wurde Schleich's lokale Infiltrations-Anästhesie Anfangs nur von Wenigen geübt. Miculicz prüfte sie an einem grösseren Materiale nach, veröffentlichte seine Erfolge, lobte die Vorzüge der Methode. Heute ist sie Allgemeingut der Aerzte-Welt.

Bottini's galvanokautische Radikal-Behandlung der vergrösserten Prostata war in ihrer ursprünglichen Form, ausgeführt mit dem Cauterisator, seit 1875 bekannt, in ihrer jetzigen Ausführungsweise, mit dem Incisor, seit 1881. Doch nur ausserordentlich wenige Chirurgen fühlten sich im Laufe der Jahre veranlasst, dem Erfinder der Methode auf dem von ihm betretenen Pfade zu folgen. Da erscheint, vor 22 Monden Freudenberg's Artikel in der Berliner klinischen Wochenschrift mit 5 wichtigen, selbst beobachteten Fällen: und der Grundstein für die schnelle Verbreitung der Operation über die ganze Welt ist gelegt.

Ich habe die galvanokaustische Durchtrennung der vergrösserten Prostata bis jetzt 15 Mal an 13 Patienten ausgeführt. Von diesen in pathologisch-anatomischer Beziehung n i c h t ausgesuchten 13 Fällen sind 7 soweit völlig geheilt; 2 sehr gebessert; 2 nach 7 resp. 12 Wochen an schon vorher bestehender Pyelo-Nephritis, unabhängig von der Operation, zu Grunde gegangen; 1 starb 12 Tage nach der Bottini'schen Operation in directem Anschlusse an einen hohen Blasenschnitt, für dessen Ausführung ich die Indication gefunden; 1 starb 30 Stunden nach der Operation an acuter Sepsis.

Das heisst mit anderen Worten, ich verzeichne 53,8 Procent Heilung, so weit; 15,4 Procent ausgesprochene Besserung; 7,7 Procent Mortalität, ohne directen Zusammenhang mit der Operation; 7,7 Procent Mortalität, direct abhängig von der Operation.

Ich will selbstredend Ihnen heute Abend nicht alle meine Fälle vorführen, sondern nur ein kurzes Resumé meiner Erfahrungen mittheilen. Trotzdem gestatten Sie mir zunächst, den interessantesten Fall als Beispiel jetzt zu erwähnen.

Fall 5. Patient, 59 Jahre alt, hatte seit mehreren Jahren über Blasenbeschwerden, speciell häufiges Uriniren zu klagen. Er litt grosse Schmerzen, hatte keine Ruhe bei Tag und Nacht. Eine vergrösserte Prostata war nicht zu constatiren. Der Katheter, in die Blase eingeführt, fällt förmlich hinein; und doch zeigte er das Vorhandensein von Residualharn. Was fehlt dem Patienten? Der Hausarzt in der Heimathsstadt des Patienten zog einen Chirurgen hinzu. Derselbe führte das

Cystoscop ein. Aber er konnte den Fall nicht erklären. Die Antwort von Seiten der Blase auf die Untersuchung war: ausserordentliche Irritation und Blutung. Beim Anhören des Berichtes schoss es mir durch den Kopf, dass häufig bei kleiner Prostata grosse subjective Beschwerden gefunden werden, gerade wie umgekehrt bei sehr grosser Prostata nicht selten gar keine vorhanden zu sein brauchen. Nach genügender Vorbereitung führte ich das Cystoscop ein. Und ich muss sagen, wie ich das Instrument nach unten drehte, um den Fundus zu betrachten, nachdem ich zuvor die wunderschön ausgeprägte Balken-Blase besehen, sagte ich mit dem Collegen, der mir den Fall brachte, "that is a puzzling case." Man sah durch eine deutliche Furche in ein tiefes Thal, nach vorn, nicht nach hinten; und in diesem Thal, dessen Grund mit einer längsgestreiften Membran belegt war, sah ich zunächst einen kleinen vorspringenden Zapfen mit einer Grube, der der Mündung eines (in seiner Lage verschobenen) Ureters glich. Und doch war es klar, dass es sich nicht darum handeln konnte. Da ich aber hinter diesem Zapfen noch einen hochrothen, ungefähr Kirschkern grossen Vorsprung sah, so erklärte ich mir den Fall folgendermassen: Es handelt sich um eine Parese des Blasensphinkters; in Folge davon ist der Sphinkter klaffend. Die einer Ureteren-Oeffnung gleichende Prominenz ist das caput gallinaginis; der ungefähr kirschkerngrosse Zapfen, ein Theil der Prostata, der in die hintere Harnröhre hineinragt und die Hauptursache der Retention bildet. Diagnose: Prostata-Hypertrophie, speciell auf Grund der vorhandenen Balkenblase. Diese Erklärung schrieb ich dem Arzt, der damit aber nicht zufrieden war. Er neigte sich weiter der Diagnose Striktur zu. Und doch hatte der Patient sich selber während fast eines Jahres mit einem Nélatonkatheter die Blase entleert. Ich habe noch nie eine Harnröhrenstrictur beobachtet, oder gelesen, dass ein Patient mit einer solchen sich mit einem Nélatonkatheter selbst katheterisiren konnte. Die Diagnose Strictur war ausgeschlossen. Wie sollte man dem Patienten helfen! Er war sehr übel dran. Die Blasenirrigation besserte seinen Residualharn nicht. Von Castration wollte er Nichts wissen, ausser mit dem festen Versprechen, dass sie Heilung brachte. Da schlug ich die Bottini'sche Operation vor. Ich stellte dem Patienten vor, dass er wenig davon erwarten solle, aber dass es ihm voraussichtlich nicht wesentlich schaden würde. Ich schrieb das auch seinem Doctor. Derselbe sagte aber: Nein, schicken Sie mir den Patienten heim. An dem Tage, als ich diese Mittheilung erhielt, kam ein Verwandter des Kranken, selbst ein Arzt, zu mir und bat mich, dem Patienten ganz genau das Für und Wider des Eingriffs vorzustellen und mich nach seiner Entscheidung zu richten. Ich that dies. Der Patient erklärte, er wolle so nicht weiter existiren, lieber sterben. So wurde denn die Bottini'sche Operation ausgeführt. Der Erfolg der Operation war zuerst negativ; der Patient bekam absolute Incontinenz. Aus der Parese des Sphinkters war eine Paralyse geworden, ein Zustand, dessen Eintritt ich mehr oder weniger erwartet resp. gefürchtet hatte. Bald stellten sich auch Blutungen ein, die aber auf Einlegen eines Dauerkatheters für 48 Stunden standen. Nachdem der Katheter definitiv entfernt war, begann langsame Besserung. Nach

wenig Tagen verlangte der Patient nach Hause zu gehen. Es dauerte keine sechs Wochen, als der Arzt dauernde Besserung berichtete. Das Bettnässen hörte auf. Patient fühlte den Drang zum Uriniren und stand auf. Was ich gehofft hatte, ist eingetreten. Durch die kaustische Durchtrennung der Prostata ist der Kranke nicht nur seinen Residualharn, sondern auch die Incontinenz losgeworden.

Von grossem Werthe ist es, die Blase vor der Operation cystoscopisch zu untersuchen. Während es so häufig vorkommt, dass bei eingeführter Sonde keine Steine gefunden werden, weist das Cystoscop sofort nach, dass Stein vorhanden ist. Ich habe es mir zur Pflicht gemacht, in allen diesen Fällen keine Steinsonde einzuführen, sondern an Stelle davon stets das Cystoscop.

Eine andere wichtige Frage ist, ob und wie man die Blase zur Operation füllen soll. Bottini operirte bei leerer Blase. Freudenberg schlug vor, bei gefüllter Blase zu operiren, und zu diesem Zwecke Wasser zu verwenden. Letzthin ist von St. Louis der Vorschlag gekommen, man solle die Blase mit Luft füllen. Da haben wir aber die schönen Untersuchungen von Lewin und Goldschmidt in Berlin, die nachgewiesen haben, dass die Blasen-Ureterenöffnung unter gewissen Bedingungen plötzlich schlussunfähig werden und die Luft durch die Vena renalis in die Vena cava eindringen kann. Sofortiger Tod durch Lungen-Embolie kann die Folge sein. Da scheint mir der Vorschlag von Dr. Rose besser, nämlich die Blase mit Kohlensäure zu füllen. Indess, ich bleibe vorläufig bei der Füllung mit Flüssigkeit, weil das mir gute Dienste gethan hat.

Bei Ausführung der Operation soll das Messer nahezu weissglühend sein. Um dies zu erreichen, brauchen wir einen zuverlässigen Strom. Am Besten ist es natürlich, wenn man in einem Hospital arbeitet, das mit Strassen-Electricitäts-Leitung verbunden ist. Indess, wenn der Patient in seinem Hause operirt werden will, muss man eine transportable Storage-Batterie haben. Es ist mir gelungen eine solche mit Hülfe der hiesigen Kny-Scheerer Co. zu construiren. Ihre Stromstärke garantirt vier gleichmässig kräftige Schnitte. Letztere soll man langsam machen, nicht schnell.

Die Nachbehandlung ist der beste Theil bei der Operation. Kann der Patient uriniren, so muss er absolut in Ruhe gelassen werden. Wenn man nach 14 Tagen die Blase dann einmal nach dem Urinakt mit dem Katheter entleert, so findet man oft, dass der Residualharn verschwunden ist. Manchmal ist Dysurie oder Retention vorhanden. Dann kann die Nachbehandlung grosse technische Kunst und viel Mühe erfordern.

Soll man die Fälle auswählen? Ich glaube nicht. Man soll sie operiren, wie sie kommen. Wir können natürlich wohl sagen: diese Prostata ist hart, oder weich: jene enthält mehr Drüsenelement etc. Aber heute schon sagen zu wollen, dieser Fall kann und darf der Operation unterzogen werden und jener nicht, das ist nach meinem Dafürhalten zu schnell vorwärts gegangen. Man soll nur die Gefahren auszuschliessen versuchen.

Wann soll man operiren? Ich sage mit Freudenberg: Wenn der Pa-

tient den Katheter selbst in die Hand bekommt. Dann beginnt die Hauptgefahr für sein Leben.

Contraindicationen sind nur wenige: schwere Nieren-Complicationen, decrepider Zustand des Kranken. Es sind aber auch directe Gefahren da, nämlich Pyämie oder Sepsis, durch Resorption von den Thromben her, und Lungen-Embolie. Diese Gefahren werden, so scheint mir, am besten durch eine frühzeitige Operation bekämpft. Wenn sich Jemand einmal der Mühe unterziehen wollte, mit geeigneten Instrumenten am Thier die normale Prostata galvano-kaustisch zu durchschneiden, so würde man wahrscheinlich Schrumpfung der Prostataelemente erzielen. Wäre dies der Fall, so wäre auch, glaube ich, damit die Indication zur Früh-Operation beim Menschen gegeben.

Eine Hauptfrage ist noch offen, das ist die nach der Dauer des Resultats. Wenn es uns heute gelungen ist, den Residualharn zu beseitigen, wird das so bleiben? Wir haben von Bottini gehört, dass er kein einziges Recidiv gesehen hat. So sehr ich nach den Schriften Bottini's diesen Herrn ehre und sein mannhaftes Festhalten an dem, was er für richtig erkannt hat, bewundere, so glaube ich doch, dass er zu sehr von seiner Methode enthusiasmirt ist. Er hat uns bis heute noch keine genaue Zusammenstellung seiner Fälle gegeben. Ich kann mir deshalb denken, dass Manche zu der Frage des Recidivs vor der Hand noch ein Fragezeichen setzen. Trotzdem glaube ich, dass ein solcher nur selten gesehen werden wird. Ist das mechanische Hinderniss gründlich getrennt, so muss die Blase ihren Inhalt permanent durch die gezogene Furche nach aussen pressen. Warum soll sich diese Furche zusammenziehen? Ich glaube, wir werden in Zukunft wenig von Recidiven nach Bottini's Operation hören.

So glaube ich denn, meine Herren, dass Bottini's Operation sich endlich einen bleibenden Platz in der Behandlung der Prostata-Hypertrophie errungen hat. Sind die Erfolge wirklich noch bessere, wenn früh operirt wird, werden die event. mit der Operation verbundenen Gefahren dadurch noch mehr reducirt, so steht zu hoffen, dass endlich auch das männliche Geschlecht in grösserer Zahl als bisher die Freuden des Alters geniesse; dann sehen wir nicht mehr, wie oft die kräftigsten Greise, eventuell als kastrirte Katheter-Sklaven den Lebensabend sich verwünschen. Bottini gebührt Dank und Anerkennung für sein unablässliches Streben, seiner Methode Eingang zu verschaffen. Es muss ihn mit unendlicher Genugthuung erfüllen, nach 22 Jahre langer Arbeit den Siegeslauf seiner Operation um die Welt selbst noch beobachten zu können.

Discussion. Dr. L. Weiss: Meine persönlichen Erfahrungen mit der Bottini'schen Operation sind nur sehr bescheidene: aber ich habe in Berlin einige Operationen ausführen sehen. Ich glaube, wir sind Herrn Dr. Meyer zu Dank verpflichtet, dass er uns mit seinem bekannten Fleiss diese Operation zur Kenntniss gebracht hat. Merkwürdig ist bei dieser Operation die anspruchslose chirurgische Nüchternheit der Umgebung. Es wird nicht narkotisirt. Ausserhalb der eins bis zwei Instrumente ist nichts zu sehen. Weiterhin ist nach der Operation ein solcher Patient, wenigstens wie ich es gesehen, sofort im Stande, nicht

nur die eingespritzte Flüssigkeit, sondern auch den Urin zu entleeren, und zwar in einem Verhältniss, dass man sofort erkennt, dass er seinen Residualurin beinahe los ist. Das sind gegenüber den verstümmelnden Operationen riesige Vortheile.

Ich möchte Dr. Meyer fragen, ob er, wenn er die Incision von hinten nach vorn gemacht, auch dann bei rothglühendem Messer und in langsamem Tempo und bei etwas gesteigerter Stromstärke in jener Furche wieder nach rückwärts geht. Ich habe Dr. Freudenberg in dieser Weise operiren sehen, und er meinte, dass eine doppelte Versengung dieser Furche von Wichtigkeit sei wegen der nachfolgenden Schrumpfung. Es wird also hernach rechts und links noch ein Schnitt geführt, und zwar ebenfalls im Zurückgehen mit langsamerem Tempo als der erste Schnitt, der von hinten nach vorn geht.

Was die Vergrösserung der Prostata anbelangt, so haben wir letzte Woche in der Academy of Medicine die schönen stereoptischen Bilder des Dr. Alexander gesehen, und es ist merkwürdig, welche Versehen oft der tastende Finger im Rectum bezüglich der Grösse des Organs macht. Oft ist wirklich dem tastenden Finger keine Vergrösserung zugänglich, während man bei cystoscopischer Untersuchung eine Vergrösserung findet, und in dieser Beziehung ist der so viel geschmähte Mittellappen meist daran Schuld, der auch in Fall 5 in die Urethra hineinragte und das Hinderniss bildete.

Was die Batterie anbelangt, so muss ich sagen, dass es zu bedauern ist, dass wir in diesem Lande, wo wir einen Edison haben, so ärmlich mit Leucht- und electrischen Arbeitsquellen versehen sind. Und so werden wir uns, und zwar alle diejenigen, welche keine Strassenbeleuchtungsstrom haben, doch immer der Storage-Battery bedienen müssen. Ich selber sah Dr. Freudenberg im Hospital mit einer Storage Battery von 40 Ampère arbeiten. Eine solch riesige Stärke ist nothwendig, um das Messer auf Weissglühhitze zu erhalten.

Es ist auch merkwürdig, und ich glaube, dass Dr. Robert Newman, der leider heute abwesend ist und der sich schon seit Jahrzehnten so eifrig mit der Electrolyse beschäftigt, es bestätigen wird, dass die Galvanokaustik in den letzten Jahren bei den Urologen wie auch bei Rhinologen sehr in Misscredit gerathen ist. Man hört jetzt viel weniger von galvanokaustischen Operationen an den Muscheln, weil man seiner Zeit Fälle von Meningitis, so wie sonstige septische Erscheinungen, Drüsenanschwellung u. s. w. beobachtete. Nun ist es merkwürdig, dass diese Bottini'sche Operation, obwohl man doch gewöhnlich in einer septischen Blase arbeitet, so ungestraft und mit so gutem Erfolge ausgeführt werden kann und dass der Procentsatz der Septicaemie so verschwindend klein ist. Ich möchte behaupten, dass diese Operation wirklich einen grossen Fortschritt der Chirurgie im Allgemeinen und für die Prostatiker insbesondere bezeichnet, da bekanntermaassen die Prostatahypertrophie im reiferen Mannesalter eine nur zu häufige Erscheinung ist.

Präsident Dr. H. G. Klotz: Ich möchte nur eine kurze Bemerkung zu der Sache machen. Die Besorgniss, dass nach einem für längere Zeit günstigen Resultate sich doch wieder eine Verengerung einstellen könnte,

scheint mir nicht begründet. Denn wenn ein solches Gewebe einmal vollständig durchtrennt gewesen und vernarbt ist, so wird weitere Schrumpfung eher das Lumen des Canals noch erweitern. Ich könnte mir nur vorstellen, dass Neubildungen oder Excrescenzen Veranlassung geben könnten, wieder einen Verschluss herzustellen.

Dr. Willy Meyer (Schlusswort): Auf die Frage des Dr. Weiss, ob ich durch die gleiche Furche zurückgehe mit dem Messer und ob ich zurück schneller schneide oder langsamer als auf auf dem Hinwege, habe ich folgendes zu bemerken: Dr. Freudenberg kam vor einem Jahre nach hier, um einen Herrn aus dem Westen zu operiren. Ich hatte das Vergnügen, ihm bei der Operation auf seine Einladung hin zu assistiren. Wir haben damals recht häufig über die Ausführung der Operation gesprochen, und er hat mir speciell ans Herz gelegt, den ersten Weg von der Blase nach vorn recht langsam zu schneiden. Der Rückweg darf schneller gemacht werden, nur soll man schliesslich langsamer gehen, damit das Messer auch sicher wieder in der Furche des Instruments verschwindet. Ich lasse das Messer auf dem Hin- und Rückweg langsam schneiden, um möglichst viel zu brennen, und habe davon keinen Nachtheil gesehen. Ich glaube aber, dass der erste Schnitt die Hauptsache ist, das heisst, der Schnitt nach hinten. Das hat sich mir speciell bei meinem letzten Falle gezeigt, als die neue Batterie noch nicht so günstig arbeitete als heute. Ich sah, dass der erste Schnitt mit voller Glühstärke ausgeführt wurde; beim zweiten Schnitt fiel die Nadel um 10 Grad, beim dritten noch mehr. Trotzdem ist der Patient vollkommen geheilt. Ich bin fest überzeugt, dass die anderen Schnitte nahezu mit nichtarbeitendem Messer gemacht wurden.

Ich möchte noch einmal darauf aufmerksam machen, warum mir die Diagnose des sog. "puzzling case" mit solcher Sicherheit gelang. Weil ich mit dem Cystoscop eine ausgeprägte Balkenblase sah und dadurch mit Sicherheit beweisen konnte, dass ein Hinderniss für die Blasenentleerung existirte. Dass ich dieses Hinderniss selbst auch sah, war Zufall. Der Mann hatte keine Strictur, also musste Prostata-Hypertrophie die Ursache aller Beschwerden sein.

Die Batterie, die jetzt hier in New York hergestellt wird, ist absolut gut. Sie hat volle 50 Ampère Stärke. Das genügt, um vier Schnitte auszuführen.

Warum wird die Galvanokaustik von den Chirurgen mit so unfreundlichem Auge betrachtet? Weil man nicht sieht, was man thut. Aber wenn man eine Batterie benutzt, die mit einem Ampère-Meter versehen ist, so kann man gleichsam die Operation sehend ausführen. Man sieht dann jeden Augenblick, das in der Prostata arbeitende Messer hat die und die Glühstärke.

Warum nicht öfter Sepsis eintritt, ist schwer zu beantworten. Ich glaube deshalb, weil die Wunde sich sofort mit einem dicken Brandschorf belegt. Wenn auf der inneren Oberfläche des Brandschorfs Streptococcen sich entwickeln, besser gesagt, am centralen Ende des die Venen verstopfenden Coagulums, dann kann allerdings Sepsis leicht eintreten.

Unser Herr Präsident erwähnte, dass er die Verengerung nach der Operation nicht fürchte. Ich auch nicht. Und doch hätte ich gewünscht, dass Sie vor 6 Wochen bei meinem Vortrag hier vor der Academie anwesend gewesen wären. Auch nicht ein einziger unserer amerikanischen Collegen hat der Operation das Wort geredet. Im Gegentheil, es wurde von den besten Chirurgen die Ansicht ausgesprochen, dass mit Sicherheit Strictur und alle möglichen Beschwerden am Blasenhals eintreten müssten. Ich bin überzeugt, dass diese Ansicht in Zukunft geschlagen werden wird. — Ich bedaure, dass Dr. Newman heute nicht hier ist. Nicht dass ich sein Verdienst schmälern wollte, sondern nur weil ich das Vergnügen hatte, eine seiner Arbeiten, mit Blaustift angestrichen, zugeschickt zu bekommen. Er behauptet in dieser Arbeit, die er schon im Jahre 1886 veröffentlichte, dass er mit "galvanocaustic flashes" durch die Prostata nicht nur Heilung der durch die Hypertrophie gesetzten Beschwerden erzielt habe, sondern dass die Prostata dadurch auch wirklich geschrumpft sei. Meine Herren, das ist nicht möglich. Wenn er mit dem Cystoscop schon damals hätte untersuchen können, so würde er eingesehen haben, dass diese Ansicht falsch ist. Er hat aber in dieser Arbeit die Bottini'sche Operation absolut verdammt, hält sie für sehr gefährlich und nicht begründet, und redet der Behandlung mit den "flashes" das Wort. Ich wollte nur bemerken, dass Dr. Newman jedenfalls seine Verdienste in dieser Richtung hat. Bottini's Operation stammt aber nicht aus dem Jahre 1886, sondern aus dem Jahre 1875. Er bleibt demnach ohne Zweifel der Urheber dieser trefflichen Methode, die sicher für immer einen festen Platz in der Radikaloperation der Prostata-Hypertrophie behalten wird.

Präsident Dr. H. G. Klotz: Die Abstimmung hat ergeben, dass Dr. Freeman Ford Ward als Mitglied aufgenommen worden ist. — Ich habe ferner mitzutheilen, dass Dr. Weber seine Resignation als Mitglied des Unterstützungsfondscommittees eingereicht hat. Ich ernenne an seiner Stelle Dr. F. Lange; derselbe ist der eigentliche Begründer dieses Instituts gewesen und hat demselben von vornherein so viel Interesse entgegengebracht, dass er gewiss die Stelle am besten ausfüllen wird: ich möchte daher Herrn Dr. Lange dringend bitten, das Amt anzunehmen.

Als Mitglied vorgeschlagen wird Dr. Karl Pfister, 75 W. 47. Strasse. von Dr. Louis Fischer.

Dr. J. A. Beuermann,

Protokollirender Secretär.

Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 27. Januar 1899.

Vorsitzender: Dr. John Schmitt.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1) Dr. Scharlau: Ich stelle Ihnen hiermit einen Jungen vor, der sich zur Zeit noch in meiner Behandlung im Mount Sinai Hospital befindet. Die Krankengeschichte seit 13. Februar 1898 ist folgende: 13½ Jahre alter Junge, angeblich seit 10 Wochen krank, klagte über Schwäche in den Beinen und über Schwindel. Ein Arzt diagnosticirte „big spleen disease" und verordnete Arsenik. Status nach der Aufnahme in das Hospital: Der Junge ist abgemagert, elend und blutarm; am Herzen findet sich ein präsytolisches Geräusch, die Lungen sind normal, die Leber ist stark vergrössert, die Milz ist enorm gross, hart und knollig. Drüsenschwellungen in den Cervical-, Axillar- und Inguinalgegenden. Knochen auf Druck schmerzhaft. Puls 132, Respiration 36, Temperatur 100,1. Urin normal. Blutuntersuchung: Blasse, rothe Zellen, ein- und vielkernige Leucocythen, viele grosse und kleine Lymphocythen, viele kernhaltige rothe Zellen. Rothe Blutkörperchen 1,600,000, weisse Blutkörperchen 17,000, Verhältniss der weissen Blutkörperchen zu den rothen 1:94. Haemoglobin 45 Prozent. 1. März: Sol. Fowleri. — 7. März: Gewichtszunahme 6½ Pfund, wiegt nunmehr 61 Pfund. — 10. März: Blutkörperchenverhältniss 1:83. — 21. März: 3 Pfund Gewichtsverlust. Arsenik wird wegen Erbrechens ausgesetzt. — 26. März: Rothe Blutkörperchen 3,025,000, weisse 36,000. Verhältniss 1:83. — 27. März: Gewicht 60 Pfund. Rothe Blutkörperchen 2,400,000, weisse 41,500. Verhältniss 1:82. — 29. März: Rothe Blutkörperchen 2,072,000, weisse 31,000. Verhältniss 1:67. — 1. April: Gewichtserlust 3 Pfund. Rothe Blutkörperchen 2,800,000, weisse 44,000. Verhältniss 1:70. — 10. April: Patient verlässt das Hospital. — 20. October: Patient wird in sehr elender Verfassung wieder in das Hospital gebracht. Er hatte im Juli und August viele Abscesse auf Kopf und Brust; er klagte oft über Schmerzen und Sausen im rechten Ohr, hörte aber gut bis gestern Abend, als er plötzlich taub wurde. Sonst besteht der frühere Zustand; die Venen auf Brust und Bauch sind sehr ausgedehnt. Rothe Blutkörperchen 1,181,000, weisse 937,000. Verhältniss 1:1¼. Sol. Fowleri. — 2. November: Rothe Blutkörperchen 1,866,000, weisse 1,318,700. Verhältniss 1:1½. Untersuchung der Augen ergiebt Blutungen in die Retina mit enormer Dilatation der Venen. — 8. November: Urin enthält etwas Eiweiss und hyaline Cylinder. — 9. November: Rothe Blutkörperchen 2,185,000, weisse 1,662,000. Verhältniss 1:1½. — 14. November: Kein Eiweiss im Urin. — 21. November: Allgemeinbefinden sehr gebessert. Rothe Blutkörperchen 2,556,000, weisse 2,053,125. Verhältniss 1:1¼. — 15. December: Rothe Blutkörperchen 1,800,000, weisse 971,000. Verhältniss 1:2. — 27. Decem-

ber: Rothe Blutkörperchen 2,691,666, weisse 708,000. Verhältniss 1:3½. — 16. Januar: Die Arsenikbehandlung wird ausgesetzt. — 18. Januar: Rothe Blutkörperchen 3,488,750, weisse 631,250. Verhältniss 1:5½. Ich möchte die Herren nun bitten, sich durch Palpation von der enormen Grösse der Milz zu überzeugen. Die knollige Beschaffenheit der Milz, die früher vorhanden war, ist seitdem wieder verschwunden. Dass wir es in diesem Falle mit Leukämie zu thun haben, brauche ich wohl nicht besonders auszusprechen.

Discussion. Dr. A. Rose: Ich habe vor einer Woche in der Academy of Medicine ein Mädchen vorgestellt, das 7 Jahre lang an Chorea gelitten hatte und dadurch sehr anämisch geworden war. Die Anämie hatte sich, obwohl das Mädchen fortwährend Eisen und Arsenik bekommen hatte, als ich die Patientin im letzten Herbste sah, nicht gebessert. Ich habe sie dann Einblasungen von Kohlensäure in das Rectum vornehmen lassen, und es war geradezu auffallend, wie bald sich der Zustand besserte. Sie hatte zuvor sehr oft an Kopfschmerzen gelitten und ebenso an Schlaflosigkeit, und diese Symptome verschwanden fast augenblicklich mit der Kohlensäurebehandlung, d. h. die Kopfschmerzen traten nur sehr selten und sehr mässig auf, und auch der anämische Zustand besserte sich. Die Erscheinungen der Chorea wurden ebenfalls besser, doch möchte ich darauf kein Gewicht legen, da ich nicht behaupten will, dass man mit Kohlensäure die Chorea heilen kann. Aber ich glaube doch, dass die Kohlensäureklystiere die Anämie günstig beeinflusst haben. Es entspricht dies den Fällen von Ephraim, bei denen sich in sehr kurzer Zeit die Zahl der rothen Blutkörperchen vermehrte. Ich möchte nun darauf fussend immer und immer wieder in Anregung bringen, die Kohlensäure bei Anämie, Leukämie und anderen Blutkrankheiten zu versuchen. Es muss dieser Behandlungsmethode nach allem, was ich bis jetzt davon gesehen habe, etwas Positives zu Grunde liegen. — Dr. Meltzer: Ich möchte auch für die Benutzung des Rectums plädiren, nämlich behufs der Behandlung mit Arsenik. Nachdem ich vor einigen Jahren über die bedeutende Resorptionsfähigkeit des Mastdarms bei Thieren Beobachtungen gemacht hatte, habe ich es versucht, in Fällen, in denen das Arsenik im Magen nicht vertragen wurde, dasselbe per rectum zu verabreichen. Das war, wie ich später erfuhr, nicht mehr neu. Man kann das Arsenik nicht sehr lange per rectum geben, in dem einen Falle vielleicht 4, in dem anderen 8 Tage u. s. w., es ist dies sehr verschiedentlich. Man sieht nämlich meist nach kurzer Zeit eine characteristische Schleimabsonderung, die zum Aufhören der Darreichung des Arseniks per rectum zwingt. Diese Schleimabsonderung hält nicht sehr lange an, sondern sie verschwindet, sobald man mit dem Arsenik aufhört. Man kann auch trotz der Schleimabsonderung das Arsenik weitergeben, wenn man nur zur gleichen Zeit Tannin applicirt. Ich möchte rathen, gelegentlich von dieser Art der Darreichung von Arsenik Gebrauch zu machen. — Dr. A. Jacobi: Ich möchte wissen, in welcher Weise das Arsenik verdünnt wurde. — Dr. Meltzer: Es wurden niemals weniger wie 10 Tropfen Sol. Fowleri gegeben und zwar verdünnt mit 4 Esslöffel Wasser. — Dr. Willy Meyer: Ich möchte einige

Worte über die Milzexstirpation sagen. Unter der grossen Zahl der bis jetzt beobachteten Fälle ist nur eine einzige Heilung vorgekommen. Demnach fällt die Indication für die Exstirpation der Milz bei Leukämie, wie es scheint, für die Zukunft weg. Ich hatte vor 8 Jahren einen Patienten mit einer überaus grossen Milz. Da man damals sich noch sehr enthusiasmirt der Exstirpation gegenüber verhielt, nahm ich diese vor. Es war ein ausserordentlich grosses Organ, und nur die vorzügliche Assistenz, die mir im Deutschen Hospital zur Seite stand, ermöglichte es mir, die Operation ohne grossen Blutverlust auszuführen. Ich hatte dann die nach der Exstirpation verbliebene Höhle nach meiner Ansicht nicht genügend austamponirt und fand, als ich den Patienten Abends wieder sah, denselben in extremis, und zwar, wie ich glaube, infolge Verblutung. — Dr. A. Jacobi: Man muss das Arsenik sehr verdünnt verabreichen. Man kann es vielleicht eher noch für den Magen weniger verdünnt geben, als gerade für das Rectum. Das ganze Geheimniss des langen Ertragenwerdens des Arseniks im Magen besteht darin, dass man es sehr verdünnt. Man kann die Fowler'sche Solution überaus lange geben, immer vorausgesetzt, dass dieselbe nach dem Essen und stark verdünnt verabreicht wird. Ich glaube, dass die Schleimabsonderung, von der Dr. Meltzer sprach, von zu geringer Verdünnung herrührte. — Dr. Guttmann: Ich habe den Augenhintergrund des Patienten untersucht. Derselbe ist der Leukämie entsprechend. Nun ist Patient plötzlich taub geworden, und ich möchte fragen, ob auch schon bei anderen Patienten infolge Arseniks temporäre Taubheit beobachtet worden ist. — Dr. Scharlau: Ich habe nichts Wesentliches mehr hinzuzufügen. Ich möchte nur noch bemerken, dass der Junge 3 Monate lang Arsenik genommen und dasselbe gut vertragen hat. Er bekam 3 Mal täglich 15 minims. Ich habe es jetzt ausgesetzt, nicht weil dasselbe im Magen schlecht vertragen wurde, sondern der Allgemeinerscheinungen wegen. Ich habe ferner nicht behauptet, dass die temporäre Taubheit von dem Arsenik herrührte, sondern habe vielmehr diese Taubheit nur als Thatsache mitgetheilt.

2) Dr. Max Einhorn demonstrirt einen von ihm erfundenen Magenpulverisateur. Derselbe besteht aus einem gewöhnlichen, nicht zu biegsamen, 72 cm. langen Gummischlauch, dessen äusseres Ende vermittelst eines Hartgummiansatzes mit einem mit einem Ventil versehenen Ballon erbunden ist, und dessen inneres Ende in ein Hartgummistück ausläuft mit einer darauf geschraubten Kapsel. Das Endstück ist hohl, trägt einige kleine Löcher zum Durchlassen der Luft und ist nahe an dem Ansatztheile mit einem Schraubengewinde versehen. Die Kapsel, welche in drei Grössen (3, 3½ und 4 cm. Länge) vorräthig ist, wird mit der nöthigen Menge Pulver, am besten vermittelst eines kleinen Löffelchens gefüllt und angeschraut; der Apparat ist dann zum Gebrauch fertig. Dr. Einhorn demonstrirt dann an einer Patientin mit leerem Magen diesen Pulverasiteur.

Dr. Einhorn stellt ferner eine Patientin mit ausgesprochener Enteroptose vor, bei der im rechten Hypochondrium, etwa zwei Finger breit unter dem Rippenbogen ein scheinbarer Tumor sich vorfindet. Letzterer ist nach Einhorn jedoch keine Neubildung, sondern

durch die abnorme Lage der Organe bedingt; hier ist dieses Phänomen wohl bedingt durch Tieflage der Leber. Einhorn hat in den letzten 4—5 Jahren wenigstens 10 Fälle von ausgesprochener Enteroptose gesehen, in denen sich ähnliche scheinbare Tumoren vorfanden; dieselben sind nicht immer ein und demselben Organ zuzuschreiben; am häufigsten ist es die Leber oder eine mit Gallensteinen gefüllte Gallenblase, zuweilen die stark pulsirende und etwas verdickte Aorta abdominalis, manchmal ist es das Pankreas und in seltenen Fällen nur eine einfache Verdickung der dicht rechts neben der Linea alba gelegenen Muskelpartie. Man muss sich hüten, diese Fälle mit wirklichen Tumoren zu verwechseln.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Ich möchte fragen, was Dr. Einhorn an der fraglichen Schwellung gefunden hat. Was ich gefunden habe, ist ein fester Hintergrund; dieser sitzt aber nicht an der Aorta, denn diese pulsirt nicht stärker wie unter gewöhnlichen Umständen, weder durch den Finger noch mit dem Stethoscop bemerkbar. Ich möchte wissen, ob Dr. Einhorn es für etwas anderes hält, wie für den unteren Leberrand. — Dr. Meltzer: Ich möchte in Bezug auf die Anwendung der Insufflation sagen, dass das Hineinblasen in den Beutel kein besonders starker Beweis dafür ist, dass auch dadurch die Magenwände auseinander gehen. Die Beutelwände haben keinen Druck von aussen, während die Magenwände von aussen zusammengedrückt werden. Ich will aber damit nicht sagen, dass der Apparat die besagte Wirkung nicht ausübt, ich will nur sagen, dass das vorgenommene Experiment kein Beweis dafür ist. Im Magen aber könnte man die Vertheilung des Pulvers durch die Röntgenstrahlen nachweisen; durch diese kann man Bismuth im Magen sehr deutlich erkennen. In Bezug auf den Tumor möchte ich bemerken, dass meine Erklärung hierfür folgende ist: Bei Gastroptose schleppt die Cardia den hinteren Theil des Zwerchfells mit herunter und dieser Theil wölbt sich dann hervor. Es könnte allerdings auch ein anderer Tumor sein. — Dr. A. Jacobi: Diaphragma oberhalb der Leber oder hinter der Leber? — Dr. Meltzer: Natürlich hinter der Leber. Die Leber macht zur gleichen Zeit auch eine gewisse Drehung um ihre Querachse. — Dr. Einhorn: Ich habe diesen Fall nur vorgestellt, um zu zeigen, dass man manchmal einen Tumor fühlt, ohne dass es eine Neubildung ist. Welcher Art aber dieser Tumor ist, ist unter Umständen oft sehr schwer zu sagen. Ich habe 6 derartige Fälle gesehen. In einigen dieser Fälle wurde sogar von anderer Seite die Diagnose auf Neubildung gestellt. So habe ich neulich die Frau eines Arztes aus dem Westen gesehen, bei der die Diagnose auf Tumor gestellt worden war und wo es zur Operation kommen sollte. Der Arzt brachte seine Frau zu mir. Bei dieser Frau nun war der Tumor, es handelte sich um die Leber, viel deutlicher ausgeprägt wie hier bei dem Mädchen. Ich glaube, dass es sich auch hier um den unteren Leberrand handelt. Dass es sich hier um das Zwerchfell handelt, glaube ich kaum; denn man fühlt diese Resistenz immerfort, nicht nur bei der Inspiration, sondern auch bei der Exspiration. In manchen Fällen handelt es sich um eine Verdickung der Aorta und des um die abdominale Aorta liegenden Gewebes. Zuweilen sind auch die Bauchmuskeln oberhalb der Aorta sehr stark ent-

wickelt. Ich habe einen Patienten, bei dem es sich mehr um das letztere handelte, erst kürzlich gesehen. In manchen Fällen kann es sich auch um Pankreasverlagerung handeln. Was nun den Apparat und das damit angestellte Experiment anbelangt, so wollte ich mit diesem Beutel nicht zeigen, dass man damit die aneinander gelagerten Wände des Magens auseinander blasen kann, sondern dass das Pulver überall hinkommt in einem geschlossenen Raum, wo Platz ist. Ich werde versuchen, vermittelst der Röntgenstrahlen dies noch weiter nachzuweisen.

Dr. Mannheimer stellt einen typischen Fall von Basedow'scher Krankheit bei einem 28jährigen Manne vor. Die Familien- und frühere Geschichte des Patienten ist ohne Belang. Er war stets leicht erregbar. Seit ca. einem Jahre bemerkte er zunehmendes Zittern der Hände, im Juli vorigen Jahres Anschwellung des Halses. Im August kam Herzklopfen hinzu, gleichzeitig traten die Augen hervor. Er wurde sehr schwach und hinfällig, litt an Diarrhoeen und Hyperhidrosis. Er war vom 17. August an im Krankenhaus, verliess dasselbe wenig gebessert; er kam dann in ambulante Behandlung und besserte sich seitdem erheblich. Zunächst hörte die Diarrhoe auf, als er den Milchgenuss aufgab; das Herzklopfen und der Erethismus sind geringer geworden und, was die Hauptsache ist, Patient hat an Gewicht und an Kräften zugenommen. Die Symptome sind immer noch prägnant genug. Die Augen stehen weit vor und zeigen die verschiedenen für die Krankheit characteristischen Erscheinungen. Die Pupillen sind weit. Die Struma ist gross, weich, schwirrend und pulsirend, drängt die grossen Halsgefässe bei Seite. Dämpfung über dem Manubrium sterni deutet auf substernale Kropfknoten hin. Die Herzgegend ist vorgewölbt, das Organ nach allen Richtungen bedeutend vergrössert, dilatirt und hypertrophisch und zwar so, dass sich eine secundäre Mitralinsufficienz infolge Dehnung des linken venösen Ostiums ausgebildet hat. Pulsfrequenz 110—120. Leichtes Oedem der Knöchel und Schienbeine. Die linke Lunge ist comprimirt. Leichte Kyphoscoliose. Die Stimmbänder schliessen nicht vollkommen. Mässige Kurzathmigkeit, ausgesprochener Tremor der Hände und des ganzen Körpers bei Anstrengung oder Aufregung. Die vegetativen Funktionen sind gut. Therapeutisch ist zu bemerken, dass Thyreoidea- und Thymus-Extract ohne Erfolg gegeben wurden, desgleichen Brom. Am Besten hat sich ausser Ruhe noch Aconitin und jetzt Digitalis bewährt. Der Zustand des Patienten ist nicht ohne Gefahr; speciell bestehen Bedenken über die Leistungsfähigkeit des Herzens, und dann giebt die Ausdehnung der Struma und besonders der retrosternalen Knoten wegen der Druckgefahr zu Besorgnissen Anlass. Die Möglichkeit einer Operation kommt deshalb in Betracht. Der Fall wird vorgestellt, einmal weil Basedow bei Männern viel seltener ist als bei dem weiblichen Geschlecht, dann weil die Krankheit gefährliche Symptome macht und endlich weil er an das Grenzgebiet zwischen interne Medicin und Chirurgie heranreicht.

Discussion. Dr. Meltzer: Der Fall scheint mir nicht gerade sehr characteristisch für Morbus Basedowii zu sein. Einmal ist das Graefe'sche Symptom sehr wenig ausgesprochen; das Stellwag'sche Symp-

tom konnte man schon aus der Ferne wahrnehmen. Auf der anderen Seite glaube ich nicht, dass Vergrösserung des Herzens ein gewöhnliches Symptom des Basedow ist. Das kann vorkommen, ist aber nicht characteristisch dafür. Wenn man, wie hier, ein so bedeutend grosses Herz findet, könnte man in der That eines der anderen Symptome, so die Vergrösserung der Schilddrüse oder das Hervortreten der Augen auch darauf zurückführen. Ich will nicht behaupten, dass dies wirklich kein Fall von Basedow ist, aber ich möchte sagen, dass es nicht gerade ein sehr characteristischer Fall ist. In Bezug auf die Therapie möchte ich bemerken, dass ich bei der Behandlung der Basedow'schen Krankheit, ich kann sagen, ausgezeichnete Erfolge gehabt habe. Ich gebe sehr grosse Dosen von phosphorsaurem Natron und nebenher Thymusdrüsensaft. Letzterer ist aber nicht so wesentlich wie das phosphorsaure Natron. Ich muss sagen, die Gefahren einer Operation sind ganz ungewöhnlicher Natur. Die Folgen einer derartigen Operation sind ganz eigenartige, so dass viele Operateure erklärten, sie hätten den ganzen Körper mit Schilddrüsensaft überschwemmt, und davon sei der Patient gestorben. In einem solchen Falle mit Herzvergrösserung dürfte es noch weniger rathsam sein, eine Operation zu versuchen. — Dr. A. Jacobi: An der Richtigkeit der Diagnose Basedow'sche Krankheit ist hier wohl nicht zu zweifeln. Bei keiner Krankheit soll man darauf bestehen, sämmtliche Symptome, die gewöhnlich gefunden werden, in jedem Falle wieder zu finden. Die Vergrösserung des Herzens ist hier mehr durch Hypertrophie als durch Dilatation bedingt. Es ist hier vorzugsweise das rechte Herz vergrössert; das könnte durch Schwäche der Cirkulation erklärt werden. Was nun die Behandlung betrifft, so scheint die mit phosphorsaurem Natron die beste zu sein; es muss dasselbe lange gegeben werden und in grossen Dosen. Bezüglich des Punktes, ob Operation oder nicht, so muss ich sagen, dass ich nach und nach immer günstiger für die Exstirpation der Schilddrüse gestimmt worden bin, da die Resultate immer besser geworden sind. Ich habe nie einen Menschen mit Basedow ganz gesund werden sehen und habe mir vorgenommen, wenn eine Zeit lang absolute Ruhe und Behandlung mit phosphorsaurem Natron ohne Nutzen geblieben ist, die Operation zu empfehlen, natürlich nicht die Entfernung der ganzen Schilddrüse, sondern nur des grössten Theils derselben. — Dr. Willy Meyer: Die noch vor kurzer Zeit auch hier in unserem Kreise vorgebrachte Hypothese, dass der Nervus sympathicus die Ursache aller Erscheinungen beim Basedow sei, ist vielfach angefochten worden, und ich glaube auch, dass dieselbe hinfällig ist und zwar deswegen, weil die Beobachtungen an Patienten, die Schilddrüsensaft bekommen hatten, ergeben haben, dass die übermässige Fütterung damit einen künstlichen Basedow hervorruft. Man sollte meinen, dass, wenn dies ein Factum ist, das doch mit Sicherheit beweise, dass übermässige Arbeit der Schilddrüse die Symptome des Basedow hervorruft und dafür verantwortlich zu machen ist. Wenn wir also die Arbeit der Schilddrüse reduziren, reduziren wir auch die Symptome des Basedow; es muss also auch der Fall sein, dass, wenn wir durch Exstirpation des grössten Theiles der Schilddrüse die Arbeitsleistung derselben ver-

-ringern, auf diese Weise der Basedow getheilt werden kann, und deshalb glaube ich, dass dies die beste Grundlage für die Indication ist, ob man beim Basedow operativ vorgehen soll oder nicht. Ich meine natürlich nicht, dass für jeden Patienten die Operation vorgeschlagen werden soll. Was den von Dr. Mannheimer vorgestellten Fall betrifft, so ist hier die Frage, ob operirt werden soll oder nicht, eine sehr ernste. Der Mann ist jedenfalls bei einer Operation vielen Gefahren ausgesetzt, allein er sollte doch einer Operation unterworfen werden, wenn man ihm auf andere Weise nicht mehr helfen kann, da er ohne Operation dann doch sicher verloren ist. — Dr. Meltzer: Es ist mir sehr angenehm, den Standpunkt des Herrn Dr. Willy Meyer in dieser Sache zu hören. Dass die Operation absolute Heilung gebracht hat, ist mir nicht bekannt, im Gegentheil, bei den Krankenvorstellungen in Hamburg wurde betont, dass die Fälle, die vorgestellt wurden, doch noch nicht geheilt seien. Die Schlussfolgerung Dr. Meyer's, dass man durch Ueberfütterung mit Schilddrüsensaft künstlichen Basedow hervorrufen könne, ist mir interessant; das waren wohl sehr fette Leute, die zur Entfettung Schilddrüse einnahmen und erst, als sie magerer wurden, bemerkten, dass sie ein Struma hatten. Wer eine vergrösserte Schilddrüse hat, hat nicht eine vermehrte Arbeitsleistung der Schilddrüse, sondern eine degenerirte Schilddrüse. — Dr. Willy Meyer: Es hat sich gerade bei pathologisch-anatomischen Untersuchungen der Schilddrüse gezeigt, dass es sich nicht um Degeneration, sondern um Hypertrophie der Schilddrüse handelt. Ich kann desshalb der Ansicht des Herrn Dr. Meltzer nicht beistimmen. — Dr. Mannheimer: Ich glaube über die Diagnose kann in diesem Falle kein Zweifel bestehen. Das Besondere an diesem Falle ist die Vergrösserung des Herzens und aus diesem Grunde speciell habe ich den Patienten vorgestellt; dieser Punkt macht die Entscheidung, ob Patient operabel ist oder nicht, complicirt. Phosphorsaures Natron ist nicht versucht worden. Digitalis scheint dem Patienten augenblicklich gut zu thun. Wenn die Erscheinungen nicht zurückgehen, muss aber doch an eine Operation gedacht werden. Riedel hat Fälle veröffentlicht, die durch Exstirpation der Schilddrüse vollkommen geheilt worden sind.

4) Dr. Willy Meyer: Da wir das Resultat solcher Operationen nicht häufig zu sehen bekommen, glaubte ich, es dürfte von Interesse sein, Ihnen einen Patienten zu zeigen mit diffuser tuberkulöser Erkrankung der Sehnenscheiden. Der Mann ist 25 Jahre alt und acquirirte mit 18 Jahren Lues. Im Verlaufe der letzten Zeit bemerkte der Mann eigenthümliche Anschwellungen an den Strecksehnen beider Vorderarme. Auf der einen Seite wurde er im Post Graduate Hospital operirt. Er wurde dann antisyphilitisch behandelt, aber ohne Erfolg, und so war, trotzdem die Geschichte keinen Anhaltspunkt für Tuberculose ergab, die Diagnose doch gesichert, dass es sich nur um eine tuberculöse Erscheinung handeln konnte. Beiderseits wurden die Sehnenscheiden unter Esmarch'scher Blutleere exstirpirt. Die Hauptsache ist bei diesen Fällen absolut aseptisches Vorgehen. Wenn man dies thut, so ist es erstaunlich, wie sich in dem neu gebildeten Gewebe neue Sehnenscheiden bilden. Bei diesem

Manne ist das funktionelle Resultat ein ausserordentlich gutes, die Funktionen haben nicht im Geringsten gelitten. Der gute Erfolg rührt meines Erachtens daher, dass nur aseptisch und nicht antiseptisch operirt wurde.

VORZEIGEN VON PRÆPARATEN.

1) Dr. Willy Meyer: Gestern wurde im Deutschen Hospital ein Patient operirt, bei dem sich vor der Operation eine genauere Diagnose nicht stellen liess. Der Patient behauptet, ein Trauma erlitten zu haben. In der Axilla fand man einen Tumor. Bei tieferem Eindrücken schien es, als ob man es mit einer papillomatösen oder lipomatösen Geschwulst zu thun hätte. Wir fanden nach der Incision direct unter der Haut eine Cyste, und es gelang, diese Cyste aus dem Raume zwischen Pectoralis major, Serratus anticus major und Latissimus dorsi herauszupräpariren. Die Natur der Cyste ist mir nicht vollkommen klar und ich möchte die pathologisch-anatomische Diagnose dahin gestellt sein lassen, bis das Präparat gehärtet und microscopisch untersucht worden ist. — Dr. A. Jacobi: Kann es nicht ein abgeschnürtes Lymphangiom sein? Ich möchte dies annehmen. — Dr. Willy Meyer: Ich möchte diese Frage bis auf Weiteres nicht beantworten, allein die Proposition von Dr. A. Jacobi halte ich für acceptabel.

2) Dr. A. Jacobi: Ich hatte Ihnen vor zwei Monaten einen Jungen vorgestellt, bei dem ein grosser Stein in der Urethralmündung steckte, welchen ich in Ihrer Gegenwart entfernte. Hier ist der von Dr. Sondern durchschnittene Stein. Sie sehen, dass es sich um einen Nierenstein handelt, der den gewöhnlichen harnsauren Kern hat; um denselben liegen Phosphate, dann wieder harnsaure Salze und schliesslich wieder Phosphate.

FÆLLE AUS DER PRAXIS.

1) Dr. A. Jacobi: Sie erinnern sich vielleicht noch an das 10-jährige Mädchen, das ich vor zwei Monaten hier vorgestellt hatte und das an habituellem Erbrechen und Kopfschmerzen litt. Das Mädchen ist eine Zeit lang in meiner Poliklinik behandelt worden. Die Frage war, um was es sich bei dem Mädchen handelte. Die Geschichte liess mich an einen Hirntumor denken. Da das Kind aber nur ambulant behandelt worden war, so konnte damals eine sichere Diagnose nicht gemacht werden. Ich habe das Kind vor 14 Tagen in ziemlich schlechtem Zustand in das Deutsche Hospital aufgenommen und habe es 4—5 Tage ohne jegliche Behandlung beobachtet. Das Kind war magerer geworden und klagte nicht über sehr heftige, aber über lang andauernde Kopfschmerzen. Ich habe mich überzeugt, dass es in der Regel erbrach, wenn es auch nur einen einzigen Theelöffel voll Nahrung zu sich nahm, nur selten ohne dass es etwas genossen hatte. Ich ordnete dann an, dass das Kind mit Salzsäure behandelt wurde nach Rudisch's Vorschrift und zwar in ganz kleinen Quantitäten stündlich und zweistündlich und mit Vorausschickung von einem einzigen Tropfen von Magendie's Lösung. Das Kind fing sofort an, seinen Thee- oder Esslöffel Nahrung besser zu behalten. Ich hatte nicht die Absicht damals, den Magen aufzublähen, um mich von der Gestalt des Magens zu überzeugen. Ich dachte, da die Dia-

gnose Hirntumor nicht aufrecht erhalten werden konnte, es könne sich vielleicht um einen Sanduhrmagen handeln. Das Kind ist von Tag zu Tag besser geworden, hat seit dieser Zeit alle Stunden einen Tropfen Magendie'scher Lösung genommen und einige Minuten darauf kleine Quantitäten von Nahrung. Die Quantität täglicher Nahrung beträgt jetzt 1½ Liter, zugleich wird auch etwas feste Nahrung gegeben. Das Kind hat seit 8—9 Tagen nicht mehr erbrochen und hat seitdem 9 Pfund zugenommen. Ich habe heute angeordnet, dass es statt einese Tropfens Magendie'scher Lösung einen Tropfen Aqua destillata erhält; ich habe ferner angeordnet, dass nunmehr auch feste Nahrung verabreicht wird, und dass zugleich 5 Minuten vor der Mahlzeit 2 Tropfen Aqua destillata gegeben werden. Ich kann den Fall nur für neurotisches Erbrechen, für Magenhysterie halten. Der Fall ist dadurch interessant, dass andere neurotische Erscheinungen ausgeblieben sind. Ich glaube, dass das Kind dauernd geheilt bleiben wird.

2) Dr. A. Jacobi zeigt Präparate von Diphtheriebacillen und die Leber eines an acuter gelber Leberatrophie gestorbenen Mädchens.

Discussion. Dr. A. Ripperger: Das 17jährige Mädchen war 12 Tage vor seinem Tode zuerst zu mir in das Deutsche Dispensary gekommen und gab an, dass es einige Tage zuvor plötzlich an Gelbsucht erkrankt sei, nachdem es einen Diätfehler begangen habe. Patientin bot die Zeichen eines gewöhnlichen, nicht einmal sehr schweren catarrhalischen Icterus. Zwei Tage später sah ich die Patientin wieder, der Zustand hatte sich nicht gebessert, aber auch nicht augenfällig verschlechtert. Als nach weiteren 5 Tagen das Mädchen mich abermals im Deutschen Dispensary aufsuchte, befand es sich in einem ganz desolaten Zustande. Der Icterus war äusserst intensiv geworden mit einem Stich in das Grünliche, der Puls war intermittirend und die Patientin konnte sich kaum mehr auf den Beinen halten. Ich schickte sie daher mit dem Vermerk „dringend" in das Deutsche Hospital, in welchem sie dann nach Verlauf von 30 Stunden starb. Ich war bei der von Herrn Dr. Schwyzer vorgenommenen Autopsie anwesend, und da fiel mir auf, dass die Milz entgegengesetzt dem gewöhnlichen Befunde bei der acuten gelben Leberatrophie sehr klein war. Das Gewicht der Leber betrug nur mehr 30 Unzen. In aetiologischer Beziehung konnte über die Entstehung der Krankheit nichts ermittelt werden.

A. Ripperger, Secretär.

An die Leser

Wie die verehrten Leser aus der vorhergegangenen Nummer ersehen haben werden, hat sich durch die Rückkehr unseres Collegen, Herrn Dr. Alfred Michel, in seine Heimath ein Wechsel in der Redaction dieser Zeitschrift vollzogen, und ist dieselbe nunmehr an den Unterzeichneten übergegangen. Dass dieser Wechsel in der Person des Redacteurs nicht eine Aenderung in der Tendenz und in den Bestrebun-

gen der Monatsschrift nach sich zieht, ist kaum nöthig zu betonen. Der Unterzeichnete sieht es als seine vornehmste Pflicht an, die Zeitschrift auf der Stufe zu erhalten, auf die sie Fleiss und edler Wetteifer seiner Vorgänger im Vereine mit den verehrten Mitarbeitern gebracht haben. Ferner würde er, da er vollständig mit der Ansicht seines unmittelbaren Vorgängers übereinstimmt, dass die Monatsschrift noch des Ausbaues bedarf, „wenn sie wirklich ihrer Stellung als einziges, in den Vereinigten Staaten deutsch erscheinendes medicinisches Fachblatt, würdig erscheinen soll", sich glücklich schätzen, wenn es ihm mit der Unterstützung seiner Collegen gelingen würde, die New Yorker Medicinische Monatsschrift der Höhe, die sie eigentlich einnehmen sollte, abermals einen Schritt näher zu bringen. Die Zeitschrift hat eine stattliche Reihe ständiger Mitarbeiter aus den besten deutschen Aerztekreisen der Ver. Staaten, sie veröffentlicht die regelmässigen Sitzungsberichte zweier deutscher medicinischer Gesellschaften New Yorks und solcher von Chicago und San Francisco; literarische Verbindungen mit anderen medicinischen Gesellschaften hat Herr Dr. Michel schon angebahnt, der Unterzeichnete wird versuchen, dieselben fortzusetzen und wo möglich noch zu erweitern. Wenn es daher auf der einen Seite mit der Mitarbeiterschaft und mit geeigneten Originalbeiträgen vollauf reichlich bestellt ist, um die Monatsschrift auf einem hohen wissenschaftlichen Niveau zu erhalten, so ist es doch andererseits noch sehr zu wünschen, dass das Interesse an dem einzigen deutschen medicinischen Fachblatt in den Ver. Staaten nicht nur in New York, sondern überall da, wo deutsche Aerzte wirken, in immer weiteren Kreisen sich geltend macht. Denn nur dann kann daran gedacht werden, das von Redaction und Verlag schon in Erwägung gezogene Project, den Umfang der Zeitschrift zu vermehren, resp. öfteres Erscheinen derselben zu veranlassen, in Ausführung zu bringen.

Es erübrigt dem Unterzeichneten nun nur noch, seinem Vorgänger, Herrn Dr. Alfred Michel, für die herzlichen Wünsche, mit denen er seines Nachfolgers in seinen Abschiedsworten gedacht hat, seinen besten Dank auszusprechen und ihm zu seinem neuen Wirkungskreis in der alten Heimath auch seinerseits ein herzliches Glück auf! zuzurufen. Möge er, wenn auch Tausende von Meilen von ihnen getrennt, stets seine transatlantischen Collegen in treuer Erinnerung behalten und insbesonders auch der New Yorker Medicinischen Monatsschrift, mit deren Geschick er als Redacteur ja enger verknüpft war, ein warmes Andenken bewahren!

Dr. A. Ripperger.

Therapeutische und klinische Notizen.

— J. A. Coutts empfiehlt Belladonna zur Behandlung der Bronchopneumonie der Kinder. (Brit. med. Journ.) Er hat seit längerer Zeit im grossen Kinderhospital zu Shadwell ausgedehnte Versuche mit dieser Behandlung unternommen, nachdem er durch Ringer's Arbeiten darauf aufmerksam geworden war, wie stark secretionsbeschränkend die Belladonna auf die Bronchien wirkt. Diese Wirkung des Mittels wird in einem der grossen Londoner Hospitäler regelmässig ausgenützt, indem es dort zur Routine geworden ist, nach längeren Narcosen Belladonna zu verabreichen, um die heftige Bronchialsecretion zu verhüten. Coutts behandelte 60 meist schwer kranke Kinder mit Belladonna und verlor nur zwei, während bei anderen Behandlungsarten die Mortalität eine bedeutend höhere geweesen war. Er benutzt das Extractum Belladonnae der englischen Pharmacopoe und gab es in Dosen von ¼ Gran 3—4stündlich. Diese grossen Dosen gab er auch Säuglingen. In zwei Fällen wurde leichtes, bald vorübergehendes Delirium beobachtet, in einigen weiteren Röthung der Haut oder scarlatinaähnlicher Ausschlag. Pupillenerweiterung wurde viel seltener als Hautröthung behandelt; nie führte die Behandlung zu länger dauernden Störungen. (Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 8.)

— Dysphonie und Aphonie bei Laryngitis wird nach Abrams (Therap. Gazette. Nov. 1898.), am besten auf folgende Weise beseitigt: Man markirt auf dem Halse des Patienten ungefähr die Stellen, wo die Nervi laryngeales super. durch die Membrana thyreohyoidea hindurchtreten. Auf diese Stellen lässt man den Strahl eines Chlormethyl- oder Rhigolenesprays bis zum Gefrieren einwirken. Die Besserung ist meist augenblicklich und können die Patienten leicht und klar sprechen. Manchmal dauert die Besserung nur kurze Zeit, dann muss die Procedur noch ein oder mehrere Male wiederholt werden. Auch bei Laryngismus stridulus hatte A. gute Resultate. (Ibidem.)

— Prof. Victor Janovsky stellte im Verein böhmischer Aerzte zwei Fälle von Lupus vor, die mit Röntgenstrahlen behandelt worden waren. Die lupösen Geschwüre reinigten sich unter dem Einflusse der X-Strahlen und bedeckten sich mit reinen Granulationen, welche schliesslich vernarbten. Ob man es mit einem Dauererfolg zu thun hat, muss die Zukunft lehren. (Wiener klin. Rundschau, 1899, No. 9.)

— Auch F. Krause konnte im Altonaer Aerztlichen Verein 3 Lupuskranke vorstellen, welche mit Röntgenstrahlen behandelt worden waren. Der erste Fall betrifft ein 12jähriges Mädchen, welches an Lupus der Nase litt. Pat. ist 7 Monate in Behandlung und vorläufig als geheilt zu betrachten. Der zweite Fall, ein 23jähriger Mann, leidet seit 4 Jahren an Lupus, der über das ganze Gesicht verbreitet war. Er ist seit dem 3. Januar 1898 in Behandlung und ebenfalls geheilt. Der dritte Fall, ein sehr weit vorgeschrittener Lupus bei einer 41jährigen Frau, welcher seit 12 Jahren besteht und über Gesicht und beide Oberarme verbreitet ist, befindet sich seit dem 12. October in Behandlung. Seit dieser Zeit ist eine deutliche Besserung zu constatiren. Die Patien-

ten wurden täglich 20 Minuten lang den Röntgenstrahlen bei einem Abstand der Röhre von ca. 20 cm. ausgesetzt. Die Augen und lupusfreien Theile der Haut wurden mit einer einfachen Lage Staniolpapier bedeckt. (Münch. med. W. 1899, No. 10.)

— Championnière behauptet in einer Sitzung der Académie de Médecine zu Paris, dass das Radfahren ein vorzügliches Mittel für die Bruchkranken ist, unter der Bedingung, dass sie jedenfalls noch eine Bandage tragen. Diese Muskelübung ermöglicht dem Kranken eine gefahrlose Arbeit, die alle Vortheile der Bewegung in freier Luft hat, ohne die Nachtheile der complicirten Muskelanstrengung, welche der verticale Gang mit sich bringt. Das Radfahren wirkt günstig auf den allgemeinen Gesundheitszustand und auf die Abmagerung, welche für den Bruchkranken so vortheilhaft ist, ein. Natürlich muss daneben noch die entsprechende Diät eingehalten, zu rasches und Bergaufwärtsfahren vermieden und der Sattel nieder und besonders hinter die Achse gestellt werden. Ch. empfiehlt das Radfahren seinen Patienten auch schon ganz kurze Zeit nach der Radicaloperation. (Ibidem.)

— In derselben Sitzung bestätigt Laveran eine Arbeit von Ross, welcher den Moskitostichen bei der Malariainfection eine Hauptrolle zuschreibt und zuerst die Veränderungen constatirt hat, die im Körper gewisser Moskitos die Plasmodien erfahren. Als eminent wichtige Folgerung für die Praxis ergiebt sich die Nothwendigkeit, alle stagnirende Gewässer oder Sümpfe, in welchen sich die Larven der Moskitos entwickeln, zu unterdrücken. Wo dies nicht möglich, muss man sich eben mit Schutzgittern gegen die Stiche vorsehen. (Ibidem.)

— Die Behandlung der Furunculose mit Bierhefe. Diese Behandlungsart stammt schon aus dem Jahre 1852, gerieth in Vergessenheit, ward im Jahre 1885 und 1894 hauptsächlich von französischen Autoren wieder empfohlen und neuerdings tritt Brocq, der bekannte Pariser Dermatologe, warm für dieses Mittel ein (Presse médicale No. 8). Er beschreibt eingehend die Geschichte seines eigenen Leidens, welches ihn Jahre lang geplagt hatte und erst durch innerliches Einnehmen von Bierhefe, 2 mal täglich 1 Kaffeelöffel, geheilt wurde. Nach 3—4 Tagen waren die Schmerzhaftigkeit, nach 4—5 Tagen die Entzündungserscheinungen und die Eiterung zurückgegangen, am 7. oder 8 .Tage hörte die letztere ganz auf, die Furunkel vernarbten, aber die an einigen Stellen zurückbleibenden Indurationen verschwanden oft ebenso langsam, wie bei anderen Behandlungsmethoden. Unter den weiteren 50 Kranken, welche B. so behandelt hat, waren einige, welche viele Jahre an Furunculose gelitten hatten und mit der Bierhefe rasch und endgültig davon befreit wurden. Am besten wird jeden Tag frisch bezogene Bierhefe benützt, diese wird ordentlich geschüttelt und mit einem Weinglas gewöhnlichen oder alkalischen Mineralwassers oder auch Bieres verdünnt, getrunken. Im Nothfalle genügt auch Bäckerhefe, von welcher ein Stück von Haselnussgrösse, in Wasser gelöst, zu jeder Mahlzeit genommen wird. Im Allgemeinen wechselt die Dosis je nach der Toleranz des Patienten und dem Grad des Leidens von 3—9 Kaffeeiöffel der flüssigen Hefe täglich. Es ist zu beachten, dass grosse Unterschiede in der Wirksamkeit der ver-

schiedenen Hefearten bestehen und zuweilen geringe Magendarmbeschwerden, wie Aufstossen, Diarrhoe sich einstellen. Um Rückfälle zu vermeiden, soll so lange mit der Behandlung fortgesetzt werden, als noch Entzündung oder beträchtliche Induration vorhanden ist. Auch bei ausgedehnter Akne, Folliculitis und gewissen Formen von Sycosis hat B. gute, wenn auch nicht so überraschende Resultate, wie bei der Furunculose, erzielt. Er steht schliesslich nicht an, für dieselbe die Bierhefe als wirkliches, innerliches Specificum zu preisen, wie es Hg bei Syphilis und Chinin bei Malaria sei; das Mittel sei um so angenehmer, als es meist operative Eingriffe und complicirte Verbände entbehrlich macht. (Ibidem.)

— Ueber Airol berichtet Tausig (Wiener med. Presse 1898, No. 45) seine günstigen Erfahrungen im Truppenspital zu Kronstadt. Dasselbe wurde in zahlreichen chirurgischen Fällen — Verletzungen, Geschwüren, Aetz- und Brandwunden, Phlegmonen — entweder als Pulver oder als 10proc. Salbe oder Paste angewendet und bewirkte stets durch seine ganz hervorragende austrocknende, secretionsbehindernde und granulationserregende Eigenschaft ungemein rasche Heilung bei völlig reizlosem Verlauf. Bei 30 Fällen von acuter und chronischer Gonorrhoe wurde die Harnröhre mittels eines Nélatonkatheters mit Borwasser ausgewaschen und dann mit der gewöhnlichen Trippersprize eine Airolemulsion (Airol 10,0, Glycerin. Aq. dest. aa 50,0) eingespritzt und etwa fünf Minuten in der Harnröhre belassen. Die auf diese Weise täglich bis zum völligen Verschwinden des Ausflusses behandelten Fälle heilten in 3—10 Tagen, ohne dass Recidive oder Complicationen eintraten. Ulcera mollia und Initialsklerosen überhäuteten sich unter Airol in kürzester Zeit. Von ganz besonders günstiger Wirkung war das Mittel bei der Behandlung von Bubonen. Bei Otitis media suppurativa wurde eine Secretionsverminderung oder ein vollständiges Versiegen der Eiterung beobachtet; bei der Anwendung bei Augenerkrankungen (Conjunctivitis phlyctaenulosa, Ulcus corneae) ist wegen der bedeutenden Schmerzhaftigkeit der Airolapplication Cocainisirung nöthig.

Auch Boncristiani (Supplemento al Policlinico, No. 47) erklärt das Airol als vollwerthigen und wegen der Geruchlosigkeit vorzuziehenden Ersatz des Jodoforms. Der Autor hat das Präparat ausser bei den verschiedenartigsten Verletzungen und Geschwüren auch bei nässenden Hautkrankheiten, bei Rhinitis und Phlegmonen und bei Knochentuberculose mit gutem Erfolg verwendet. Ganz besonders aber rühmt er es als souveränes Mittel bei der eitrigen Mittelohrentzündung der Kinder. Hier wird das Airol mittels eines Tampons in den vorher wohl gereinigten und desinficirten Gehörgang eingebracht (in Pulverform oder als 25proc. Salbe).

Meriel in Toulouse (Gaz. hebdom. de Méd. et de Chir. 1898, No. 95) behandelte eine heftige chronische Endometritis mit Betheiligung der rechtsseitigen Adnexe mit Intrauterinstiften aus 20,0 Airol und 10,0 salicylsaurem Methyl, in Gelatine gehüllt. Der — selbstverständlich unter antiseptischen Cautelen — eingeführte Stift blieb einen ganzen Tag liegen. Nach viertägiger Behandlung traten die Menses ein; nach ihrem

Ablauf waren die Schmerzen viel geringer geworden und schwanden bald gänzlich, der Ausfluss stellte sich überhaupt nicht mehr ein, die Menstruation verlief in den folgenden 10 Monaten stets regelmässig. Der gleiche Erfolg wurde in noch zwei weiteren Fällen, darunter einer gonorrhoischen Endometritis chronica, erzielt, so dass eine weitere Prüfung des Verfahrens wohl angezeigt erscheint. (Ibidem.)

— Der Docent Dr. Franz Tauszk berichtet über günstige Erfolge mit Heroin als Ersatzmittel des Morphins (Orvosi Hetilap, 1898, No. 50). Er hat im Ganzen 16 Fälle mit Heroin behandelt, davon 8 Phthisis, 1 Asthma bronchiale, 1 Pneumonia crouposa, 1 Pleuritis und 4 Bronchitiden. Die Wirkung war in allen Fällen eine beruhigende. Ein besonderer Vorzug des Präparates ist, dass die Wirkung sehr rasch eintritt. Das subjective Befinden der Patienten zeigte ohne Ausnahme Besserung. Verf. stellte auch Versuche an bezüglich der schmerzstillenden Wirkung des Heroins bei verschiedenen anderen mit Schmerzen verbundenen Erkrankungen, so z. B. bei Neuralgia nervi trigem., Diabetes, Enteralgie und Hemicranie und kommt zu dem Resultat, dass die Wirkung auch hier zweifellos sei und z. B. die ischiasartigen Schmerzen sehr rasch aufhören, dass jedoch in solchen Fällen die Wirkung hinter der des Morphins zurückbleibe. (Wiener klin. Rundschau 1899, No. 9.)

— Ueber die günstige Wirkung des Kryofines als Schlafmittel in einem hartnäckigen Falle von Insomnia weiss Dr. I. J. Higgins zu berichten. Der Fall betraf einen Pat., der drei Monate hindurch an vollständiger Schlaflosigkeit gelitten hatte und bei dem mit Ausnahme von Morphium alle Sedativa und Narotica ohne jeglichen Erfolg gewesen waren. Morphium brachte dem Pat. Schlaf, hatte aber zugleich äusserst unangenehme Nebenwirkungen für ihn. Da wurde H. von anderer Seite auf das Kryofine aufmerksam gemacht und verordnete in dem erwähnten Falle einen Theelöffel einer Lösung von Kryofine, 50 grains zu 4 Unzen Flüssigkeit, Abends vor dem Zubettegehen zu nehmen, nöthigenfalls die Dosis stündlich zu wiederholen. Nach Ablauf einer Woche berichtete Pat., dass er jedesmal schon nach 15 Minuten nach der ersten Dosis eingeschlafen sei und dann 4 Stunden ohne Unterbrechung geschlafen habe. Dann kurzes Erwachen und abermals Schlaf für den Rest der Nacht. Am andern Tag war Pat. wie neugeboren. In der zweiten Woche ordnete H. an, dass das Kryofine nur einen Tag über den andern gegeben werden sollte. Pat. schlief auch während der Nächte, wo er kein Kryofine bekommen hatte, gut. (Journ. of Medicine and Science, Aug. 1898.)

— Dr. S. Grainger berichtet von einem Falle von Tertianfieber bei einer 39jährigen Frau mit abnorm hohen Temperaturen, gegen die Chinin, Phenacetin, Salol und Lactophenin nahezu ohne Wirkung geblieben waren. Dagegen zeigte in diesem Falle Kryofine in Dosen von 7½ grains eine ganz entschieden antipyretische Wirkung und brachte in wenigen Tagen die Temperatur zur Norm. Die Pat. blieb, geheilt. (The Canadian Journ. of Med. and Surg. October, 1898.)

— Haemorrhagien infolge Malaria. In der Revista Méd. de Begotá, Colombia, finden sich vier von P. Q. Romero de Barranquilla

mitgetheilte Fälle, in denen schwere Haemorrhagien durch den Gebrauch von Chinin sofort zum Stillstand kamen. Der Aetiologie nach schienen alle vier Fälle verschieden zu sein. In dem einen Falle handelte es sich um eine profuse Metrorrhagie verbunden mit Fieber und allgemeiner Schwäche, so dass man an eine acute Metritis denken konnte, allein Pat. genas sofort nach Einnehmen von Chinin, und eine zweite Attacke der nämlichen Art einige Monate später verlief auf gleiche Weise. Der zweite Fall täuschte eine Pneumonie vor mit Fieber und blutigem Auswurf; diese Symptome verschwanden sofort mit dem Gebrauch von Chinin. In dem dritten Falle waren schwere Haemoptoe, Fieber, Nachtschweisse. Husten und Abmagerung vorhanden, und schien es sich um Tuberculose zu handeln. Chinin beseitigte den ganzen Symptomencomplex, und schon nach Verlauf von einer Woche war Pat. gänzlich hergestellt und ist seitdem gesund geblieben. Die vierte Beobachtung betrifft einen Fall von schwerer Epistaxis, den Verf. statt mit Tamponade mit Chinin behandelte und zwar mit fast augenblicklichem Erfolg. In allen vier Fällen hatte es sich um Blutungen infolge Malaria gehandelt. (Journ. Am. Med. Ass'n. 1899, No. 11.)

— Dr. J. McCaffrey in Louisville, Ky., berichtet über mehrere Fälle von Chlorose bei jungen Mädchen im Alter von 17 bis 21 Jahren, bei denen der Gebrauch von Ferro-Somatose eine prompte Verbesserung des Blutes und rasche Zunahme an Gewicht und Kräften bewirkt hat. Ferro-Somatose wurde theelöffelweise verordnet und zwar dreimal täglich. In einem Falle nahm Pat. 21 Pfund in drei Monaten, in einem anderen Falle 15 Pfund in vier Monaten zu. Der Procentgehalt des Blutes an Haemoglobin wurde vermehrt, Appetit und Verdauung besserten sich. Die Menstrualbeschwerden verschwanden nach und nach, die Menses wurden regelmässig und waren nicht mehr von Schmerzen begleitet. (The Dietetic and Hygienic Gaz. 1899, No. 3.)

— In einem interessanten Artikel in dem Journ. of the Am. Med. Ass'n. bezeichnet Dr. Robert T. Edes Sulfonal und Trional als die besten modernen Hypnotica. Dieselben sind jedoch nicht gleichwerthig zu gebrauchen, insofern als jedem dieser beiden Mittel besondere Eigenschaften zukommen, die eine verschiedene Indicationsstellung verlangen. Das Sulfonal eignet sich am besten für einen Pat., der schon mehrere Nächte nicht mehr geschlafen hat und von dem sich erwarten lässt, dass er ohne Medication wiederum nicht schlafen würde. In diesem Falle kann man das Mittel schon frühe geben, etwa um 6 oder 7 Uhr Abends, und die gewünschte Wirkung wird dann zur gewöhnlichen Schlafenszeit eintreten. Anders verhält es sich mit dem Trional. Dieses ist geeignet für Fälle, in denen der Pat. wohl einschläft, aber meist nach kurzem Schlaf erwacht und dann ohne Hypnoticum nicht mehr einschlafen kann. Trional kann dann zu irgend einer Zeit in der Nacht genommen werden, sobald ein Bedürfniss dafür vorhanden ist, und die Wirkung lässt nicht so lange auf sich warten wie bei dem Sulfonal.

Kleine Mittheilungen.

— Für die vom 13.—16. September ds. Jahres in Nürnberg stattfindende Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege sind zunächst folgende Verhandlungsgegenstände in Aussicht genommen: 1. Die hygienische Beurtheilung der verschiedenen Arten künstlicher Beleuchtung. 2. Gesundheitliche Beurtheilung des durch Thalsperren gewonnenen Wassers. 3. Bedeutung und Aufgaben des Schularztes. 4. Maassregeln gegen die Rauchbelästigung in den Städten. 5. Das Bedürfniss grösserer Sauberkeit im Kleinvertrieb von Nahrungsmitteln. (Münch. med. W.)

— Die diesjährige Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte wird am 3. und 4. Juni in Baden-Baden stattfinden. Vorträge sind bis spätestens 15. Mai bei den Geschäftsführern, Herren Naunyn-Strassburg und Fischer-Pforzheim anzumelden. (Ibidem.)

— Am 4. September 1899 wird in Brüssel eine aus Aerzten, Rechtsgelehrten und Verwaltungsbeamten bestehende internationale Conferenz zur Vorbeugung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten zusammentreten; als Dauer der Conferenz sind 5 Tage in Aussicht genommen. Sie wird sich mit folgenden Fragen beschäftigen: 1. Haben die gegenwärtig bestehenden Reglementirungssysteme einen Einfluss auf die Häufigkeit und Verbreitung der Syphilis und Geschlechtskrankheiten gehabt? 2. Ist die gegenwärtig bestehende ärztliche Ueberwachung der Prostitution verbesserungsfähig? 3. Ist es, vom ausschliesslich ärztlichen Standpunkt aus, vorthteilhafter, die öffentlichen Häuser bestehen zu lassen oder sie aufzuheben? 4. Sind die polizeilichen Maassregeln zur Ueberwachung der Prostitution verbesserungsfähig? 5. Durch welche gesetzliche Maassnahmen kann die Zahl der gewerbsmässigen Prostituirten vermindert werden? 6. Durch welche allgemeine Maassregeln kann, abgesehen von der Prostitution, die Verbreitung der Syphilis und der Geschlechtskrankheiten wirksam bekämpft werden. (Ibidem.)

— Geheimrath R. Koch und Stabsarzt Dr. Kohlstock von der Colonialabtheilung des Auswärtigen Amtes sind in einem Gutachten, das jetzt dem Reichstag zugegangen ist, für Errichtung eines Institutes für Tropenhygiene in Berlin eingetreten. (Ibidem.)

— Die Münch. med. W. schreibt: „Die Chronik der beklagenswerthen Unglücksfälle, welche das gefahrvolle Arbeiten in bacteriologischen Instituten herbeigeführt hat, ist in der vorigen Woche um einen besonders traurigen Fall vermehrt worden. Herr Dr. Angelo Knorr, Privatdocent an der thierärztlichen Hochschule, erlag am 22. ds. einer acuten Infection mit Rotz, die er sich bei seinen Studien über das Mallein zugezogen hatte. Mit ihm verliert die bacteriologische Wissenschaft einen ihrer talentvollsten und meistversprechenden jüngeren Arbeiter, der namentlich um die Erforschung des Tetanusgiftes sich bedeutende Verdienste erworben hat. Des auf so tragische Weise in der Blüthe der Jugend dahingeschiedenen Forschers wird stets mit der höchsten Verehrung gedacht werden."

— Die Münch. Neuesten Nachrichten theilen in einer von Rom, 2. März datirten Correspondenz mit, dass die Aerzte des Papstes, Dr. Lapponi und Dr. Mazzoni, diesem behufs kräftiger Ernährung zweistündlich Hühnergelatine mit Eidotter und Somatose und dazwischen in Cognac getränkten Zucker verabreichen liessen.

— Die hiesige Importfirma M. J. Breitenbach Co. giebt bekannt, dass von anderer Seite versucht wird, ein dem Gude'schen Pepto-Mangan ähnelndes Präparat in den Handel zu bringen und der ärztlichen Profession vorzuspiegeln, eine Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen und Publicationen beziehe sich auf ihr Präparat, während dieselben ganz ausdrücklich nur auf das Gude'sche Präparat Bezug nehmen. Die Firma Breitenbach Co. sieht sich daher veranlasst, vor dieser beabsichtigten Täuschung zu warnen.

— Hinsichtlich der früher schon aufgeworfenen Frage, ob es nicht räthlich und wünschenswerth sei, ein Gesetz zu erlassen, gemäss welchem alle der Nothzucht überführten Personen castrirt werden sollen, macht neuerdings McCassy einen Vorschlag, von dem er glaubt, dass er hinreiche, um die Einwände, die man gegen den Erlass eines derartigen Gesetzes vom Standpunkte der Humanität aus gemacht hat, zu beseitigen. Er schlägt vor, die in diese Kategorie gehörigen Verbrecher in das Zuchthaus zu schicken, ihnen jedoch innerhalb des ersten Jahres anheimzustellen, ob sie sich freiwillig der Castration unterwerfen wollen, die dann den Nachlass der noch zu verbüssenden Strafzeit zur Folge hätte. Da die gesetzliche Strafe für Nothzucht 5 bis 20 Jahre Zuchthaus beträgt, so ist McCassy der Ansicht, dass nur sehr Wenige zögern würden, sich unter dieser Bedingung die Freiheit zu verschaffen, und da sie ausserdem durch dieses Verfahren in einen Zustand versetzt würden, der ihnen die Wiederholung ihres Verbrechens unmöglich macht, würde auch kein Grund mehr vorhanden sein, sie noch länger auf Kosten der menschlichen Gesellschaft eingesperrt zu halten. Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Vortheil vom Standpunkte der Vererbung aus würde die auf diese Weise erzielte Beschränkung der Nachkommenschaft derartiger Verbrecher sein. (Journ. Am. Med. Ass'n. Dec. 1898.)

— In einem Editorial bringt The Alkaloidal Clinic (1899, No. 3) die Mittheilung, dass die Postbehörde in St. Louis gegen eine medicinische Buchhandlung Strafantrag gestellt hat wegen Importirens eines Werkes von Paris, betitelt: „Untrodden Fields of Anthropology." Das Buch behandele denselben Gegenstand wie v. Krafft-Ebing in seiner Psychopathia sexualis. The Alkaloidal Clinic spricht zwar der Regierung das Recht ab, zu entscheiden, welche Bücher sich für den Arzt eignen und welche nicht, setzt dann aber wörtlich hinzu: „Offen gestanden halten wir Krafft-Ebing und ähnliche Werke nicht für geeignet zum Gelesenwerden. Wir würden gerade so gern eine lebendige Klapperschlange beherbergen wie dieses Buch unter unserem Dach dulden." Commentar ist überflüssig. The Alkaloidal Clinic erscheint in Chicago.

— Ein in der Deutsch-Amerikanischen Apothekerzeitung (März 1899) erschienener, „Die Achtung vor dem ärztlichen Stande" betitelter Leitartikel enthält folgenden Passus: „Einen noch eclatanteren Fall von Ge-

ringschätzung der ärztlichen Profession liefert die Manhattan Medical Service Co., von der Dr. Guy Otis Brewster Präsident und M. E. Brewster Vize-Präsident ist. Gegen Zahlung von zwei Dollars per Jahr kann jede Person zwischen 16 und 45 Jahren der Wohlthaten dieser Gesellschaft theilhaftig werden. Diese bestehen darin, dass sie auf der Office eines mit ihr verbundenen Arztes vorspricht, woselbst sie gegen Erlegung von 25 Cents ein Recept erhält, welches in der Apotheke 2018 2nd Ave. ohne weiteren Zahlungsaufschlag angefertigt wird. Von den erlegten 25 Cents erhält der Arzt nur sieben, während dem Apotheker 18 Cents in die Tasche fallen. In chirurgischen Fällen erhält der Arzt 15 Cents, muss aber etwaige Pflaster und Bandagen selbst stellen. Wird der Kunde bettlägerig, so behandelt ihn der Distriktsarzt der Gesellschaft, oder er wird in deren Hospital, 1535 Madison Ave., aufgenommen."

Eingesandte Bücher.

Urinary Analysis and Diagnosis by Microscopical and Chemical Examinations. By Louis Heitzmann, M.D. With One Hundred and Eight Original Illustrations. William Wood & Company, New York, 1899.

Annual and Analytical Cyclodaedia of Practical Medicine by Charles E. de M. Sajous, M.D., and One Hunderd Associate Editors. The F. A. Davis Company, Publishers, Philadelphia, 1899. Volume II.

Atlas der Syphilis und Syphilis ähnlichen Hautkrankheiten für Studirende und Aerzte von Dr. med. Martin Chotzen. Verlag von Leopold Voss, Hamburg und Leipzig 1898. Lieferung 9 mit 12.

Merck's 1899 Manual of the Materia Medica together with a Summary of Therapeutic Indications and a Classification of Medicaments. A Ready-Reference Pocket Book for the Practicing Physician. Merck & Co., New York, 1899.

Bibliothek der gesammten Medicinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Specialärzte. Herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. A. Drasche in Wien. Verlag von Karl Prochaska, Wien und Leipzig. 171. mit 174. Lieferung.

Durch die Buchhandlung von Lemcke & Büchner-New York:

Specielle Pathologie und Therapie herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. Hermann Nothnagel. Verlag von Alfred Hölder, Wien 1899. XIV. Band, II. Theil, II. Hälfte. Die Lungenentzündungen. Von Geh. San.-R. Dr. E. Aufrecht. 2. Hälfte.

Dasselbe. XIX. Band, II. Theil, II. Heft. Die localen Erkrankungen der Harnblase. Von Dr. Otto Zuckerkandl. Wien 1899.

Durch die Buchhandlung von G. E. Stechert-New York.

Jahrbuch der practischen Medicin. Herausgegeben von Dr. J. Schwalbe. Jahrgang 1899. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1899. 1. Heft.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

DR. A. RIPPERGER,
126 E. 122. St.

STATEN ISLAND. — Ein hochgelegener prachtvoller Landsitz von 5 Acker, nicht weit von der Beach, elegantes Haus, 23 Zimmer, Gas, Wasserheizung, Badezimmer, passend für Sanatorium, ist preiswerth zu verkaufen oder zu verpachten. Man addressire
Mrs. Berg, P. O. Seaside, S. I., N. Y.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.
Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XI. New York, Mai 1899. No. 5

ORIGINALARBEITEN.

Bemerkungen über Extrauterinschwangerschaft.*

Von

Dr. Florian Krug, New York.

Herr Präsident, meine Herren! Als mir bei Gelegenheit der letzten Versammlung von Ihrem Committee der ehrenvolle Auftrag zu Theil wurde, den heutigen Abend mit einem Vortrage auszufüllen, so wurde mir die Wahl des Themas nicht schwer. Ich hielt es für angebracht, Sie nicht mit Streitfragen zu belästigen, die den Gegenstand der Discussion in Fachversammlungen bilden und für den Nichtgynäcologen nur von geringem Interesse sein können. Dagegen glaubte ich nicht fehl zu greifen, wenn ich Ihnen in grossen Umrissen ein Bild vorzuführen versuchte, von einer Erkrankung, die noch vor 15 Jahren als eine der seltensten galt und mit der heutzutage der beschäftigte Gynäkologe, wie auch der practische Arzt, sehr häufig in Berührung kommt. Um Ihnen dies kurz zu illustriren, will ich nur anführen, dass ich einmal innerhalb 14 Tagen sechs, als solche diagnosticirte, Fälle von Extrauterinschwangerschaft operirt habe. Während meiner ganzen Universitäts- und Assistentenzeit, einschliesslich längeren Aufenthaltes an mehreren der grössten Kliniken Europa's, glaube ich, alle zusammengenommen, nicht viel mehr als 6 Fälle gesehen zu haben. Die Erfahrung anderer Operateure stimmt damit überein. Woher nun dieser auffallende Unterschied in der Häufigkeit des Vorkommens? Sollte wirklich diese früher als so selten angenommene Erkrankung in diesem er-

* Vortrag, gehalten in der Wissenschaftlichen Versammlung der Aerzte des Deutschen Dispensary am 20. März 1899.

staunlichen Maasse zugenommen haben? Sicherlich nicht. Wir haben eben einfach gelernt, diese früher häufig unerkannt tödtlich verlaufende Krankheit richtig zu erkennen, und, wenn erkannt, mit Hülfe der modernen Operationstechnik erfolgreich zu bekämpfen. Und ich darf getrost sagen, unter den vielen glorreichen Errungenschaften der modernen Chirurgie, nimmt der wissenschaftliche Fortschritt auf dem Gebiete der Extrauterinschwangerschaft nicht die niedrigste Stufe ein. Die Pathologen haben getreulich mit uns mitgearbeitet. So hat F o r m a d in Philadelphia schon vor einer Reihe von Jahren darauf hingewiesen, dass er in einer Serie von 3500 Sectionen 35 Extrauterinschwangerschaften fand, von denen keine intra vitam diagnosticirt wurde. Die besten Kenntnisse über die pathologisch-anatomischen Verhältnisse der Extrauterinschwangerschaft wurden jedoch vom Chirurgen, an der Lebenden, auf dem Operationstisch gewonnen.

Inzwischen ist das ganze Krankheitsbild genau studirt und in einer ausserordentlich umfangreichen Literatur in all seinen Phasen beschrieben worden. Erwarten Sie daher nicht, dass ich Ihnen eine erschöpfende Monographie dieses interessanten Thema's vorführen kann. Um demselben auch nur einigermaassen gerecht zu werden, würde dieselbe Buchform annehmen müssen, und viele nur den Specialisten interessirende Punkte enthalten, die nicht in den Rahmen unserer Gesellschaft passen.

Wie soll ich den Begriff Extrauterinschwangerschaft definiren?

Fährt ein befruchtetes Ei fort, sich zu entwickeln, nachdem es auf seinem Wege an irgend einer Stelle zwischen dem Graaf'schen Follikel und der Einmündung der Tube in die Gebärmutterhöhle aufgehalten worden ist, so muss dadurch eine Extrauterinschwangerschaft entstehen. Entsprechend dem Platze, an dem dies stattfindet, kann es zu einer Ovarial,- Tubar- oder interstitiellen Extrauterinschwangerschaft kommen. Während theoretisch sich die Möglichkeit einer primären Ovarialschwangerschaft nicht läugnen lässt, so steht dieselbe doch so weit an Häufigkeit zurück, und ist, wo sie gefunden wurde, so häufig auf secundäre Lageveränderungen, nach partieller Ruptur des Sackes zurückzuführen (also tubo-ovariell), dass wir hier für practische Zwecke diese Variation füglich ausser Acht lassen können.

Ebenso ist die interstitielle Extrauterinschwangerschaft, d. h. die Einbettung des sich entwickelnden Eies in dem interstitiellen

Theil der Tube äusserst selten. Kelly hat keinen einzigen Fall beobachtet; Martin unter 77 Extrauterinschwangerschaften eine interstitielle. Ich habe nie eine gesehen. Manche berichtete Fälle sind so eclatant auf diagnostische Irrthümer zurückzuführen, dass wir im grossen Ganzen uns nur mit der tubalen Extrauterinschwangerschaft als der primären zu beschäftigen haben. Eine primäre Abdominalschwangerschaft gibt es nicht. Von den wenigen als solche früher angesprochenen Fällen, hat Werth nachgewiesen, dass sie ursprünglich tubar waren, und erst nach erfolgter Ruptur secundär sich in der freien Bauchhöhle weiter entwickelten.

Wie kommt nun die Extrauterinschwangerschaft zu Stande?

Um in der Beantwortung dieser wichtigen Frage gleich vorzugreifen, will ich von vornherein sagen, dass es heutzutage wohl unumstösslich feststeht, dass stets ein mechanisches Hinderniss in der Vorwärtsbewegung des Eies nach der Gebärmutterhöhle zu das aetiologische Moment dazu abgibt.

In früheren Zeiten begnügte man sich einfach mit der Ueberzeugung, dass die Extrauterinschwangerschaft ein Spiel der Natur (a freak of nature) sei.

Die moderne Zeit hat eine Reihe trefflicher Arbeiten, auf Beobachtung gegründete sowohl, als experimentelle zu verzeichnen. Es wäre unmöglich, Ihnen auch nur einigermaassen vollständig die Literatur vorzuführen. Lassen Sie mich nur die wichtigsten Momente erwähnen.

Dührssen berichtet von einer Pat., die 9 Tage in der Gusserow'schen Klinik gelegen hatte, und bestimmt angab, auch während der vorhergehenden 3½ Wochen keinen Coitus ausgeübt zu haben, dass er todte Spermatozoen in der rechten und mindestens ein Dutzend lebende in der linken Tube gefunden habe.

Andere ähnliche Beobachtungen sind mehrfach gemacht worden. Zahlreiche Thierexperimente stimmen damit überein und scheinen es höchst wahrscheinlich zu machen, dass die Befruchtung des reifen Eies bei den meisten Säugethieren sowohl, wie beim Menschen, in der Tube und zwar meistens im äusseren, d. h. dem den Fibrien zunächst liegenden Drittel der Tube stattfindet.

Nun wäre ja die früher angenommene Erklärung, namentlich von Lawson Tait und Orthmann stammend, ganz plausibel, dass die Extrauterinschwangerschaft zu Stande kommt,

weil durch entzündliche Processe die Cilien der Tube zerstört wurden, und damit die normale Strömung in der Tube gegen die Uterushöhle hin aufgehört habe.

Allerdings steht die Thatsache fest und ist namentlich durch Ludwig bewiesen, dass die Muskelelemente der Tube in der Direction nach den Fimbrien zu wirken, während die Cilien in der entgegengesetzten Richtung nach dem Uterus zu sich bewegen. Dagegen steht es ebenso fest (A. Martin), dass die Eigenbewegung der Spermatozoen sie ohne jede Beihülfe sehr rasch vorankommen lässt, trotz des entgegengesetzten Stromes in der Tube. Henley wies nach, dass ein Spermatozoon durch Eigenbewegung in sieben bis acht Minuten eine Strecke von 2 Centimeter zurücklegen kann.

Die Tait'sche Theorie ist jedoch völlig hinfällig, seit J. W. Williams fast in jedem der sieben Fälle von Extrauterinschwangerschaft, die er genau untersucht hat, die Existenz der Cilien deutlich nachweisen konnte. Als weiterer Gegenbeweis ist anzuführen, dass bei catarrhalischer Endosalpingitis die Cilien stets vorhanden sind. Ja selbst bei ausgesprochener Pyosalpinx — die ja die Möglichkeit einer Conception eo ipso ausschliessen würde — sind sie nur in seltenen Fällen zerstört.

Wir müssen uns also nach einer anderen Ursache des Zustandekommens der Extrauterinschwangerschaft umsehen, und da bleibt uns nichts weiter übrig, als, wie vorhin schon bemerkt, mechanische Hindernisse, die dem Herabsteigen des Eies entgegentreten, als das Causalmoment anzusehen. Von den mannigfachen, die hier in Betracht kommen, will ich nur die wichtigsten erwähnen:

Divertikel im Lumen der Tube. Dieselben sind vorzüglich von S. W. Williams in Baltimore beschrieben.

Tubarpolypen. Von früheren Entzündungen herrührende peritonische Adhäsionen und Bänder, die das Lumen comprimiren. (Dies ist wohl die häufigste Ursache.)

Torsion der Tube, besonders wenn mit abnormer Länge der Tube verbunden, oder durch dieselbe bedingt. (Letzteres von mir selbst beobachtet.)

Ferner kann der Druck eines Fibromyomknotens ein mechanisches Hinderniss darstellen und zur Extrauterinschwangerschaft Veranlassung geben.

Es würde entschieden zu weit führen, wollte ich auf diese höchst interessanten aetiologischen Momente weiter eingehen.

Lassen Sie mich nun dem practischen Theil mich zuwenden und zunächst fragen: Was ist der klinische Verlauf der Extrauterinschwangerschaft falls der Natur überlassen?

Nachdem das befruchtete Ei irgendwo in der Tube eingebettet ist, schreitet es im Wachsthum so lange voran, bis entweder der Tod des Fötus oder der Tod der Mutter demselben ein Ziel setzt. Sie Alle wissen, dass eine Anzahl von Fällen bekannt ist, in denen sich der Fötus bis zum normalen Schwangerschaftsende entwickelt hat. In einer beschränkten Zahl der Fälle, war es möglich, durch chirurgische Eingriffe das Leben der Mutter und des Kindes alsdann zu retten. Dies war jedoch die Ausnahme von der Regel. Weitaus am meisten war die Entwickelung des extr. ut. Fötus bis zum achten oder neunten Monate entweder für die Mutter oder das Kind oder für beide verhänglich. Der Vollständigkeit halber will ich den Vorgang der Bildung eines Lithopädions erwähnen. Der Fötus entwickelt sich ohne grosse Störungen zu veranlassen bis zum Geburtstermin, die Pat. hat Pseudowehen, der Fötus stirbt ab und bleibt als Fremdkörper mit der Placenta in seinem Sack liegen, bis er durch Kalksalzablagerung versteinert. Ausser der Verkalkung können auch andere degenerative Veränderungen darin vorgehen.

Aber auch dieser von der Natur vorgesehene Verlauf führt selten zur symptomatischen Heilung der Betroffenen und chirurgische Eingriffe zur Entfernung der Ueberreste werden früher oder später, manchmal erst nach Jahren nothwendig.

Ich habe mit Absicht diese seltenen Ausgänge der Extrauterinschwangerschaft zuerst angeführt, um mich jetzt von der verschwindenden Minderzahl zu der überwiegenden Mehrzahl des klinischen Verlaufes der sich allein überlassenen Extrauterinschwangerschaft wenden zu können. Ich meine damit die Ruptur und den Tubenabort, die in den allermeisten Fällen in der gefährlichsten und häufig in der allerplötzlichsten Weise das Leben der Patientin in Frage stellen. Für gewöhnlich hängt es nur von dem durch anatomische Verhältnisse bedingten Grad der Dehnbarkeit der Tube ab, wann und wo das stetig wachsende Ovum den dazu nicht bestimmten Behälter zum Bersten bringt. Mechanische Insulte, Stoss, Fall, schweres Heben, Coitus können die Krisis beschleunigen. Von der Lokalität der Ruptur und dem Lumen der verletzten Gefässe hängt es ab, ob die begleitende intraperitoneale Blutung eine innerhalb weniger Minuten tödtliche ist, oder langsam und allmälig vor sich geht, um der

Patientin eine Chance für ihr Leben zu geben. Ist das befruchtete Ei in der Nähe des Fimbrienendes der Tube eingebettet, so kommt es nicht selten zum Tubarabort, d .h. durch die Contraction der muskulären Elemente der Tube wird das Ovum nach dem Platze des geringsten Widerstandes, also durch die Fimbrienöffnung durchgepresst. Die Möglichkeit dieser Thatsache wurde früher bestritten, ist jedoch durch über alle Zweifel erhabene Beobachtungen nachgewiesen. Ich selbst habe in mehreren Fällen auf dem Operationstisch klare und deutliche Illustrationen dieses Vorganges gesehen.

Im Allgemeinen ist die Blutung bei Tubarabort geringer, als bei Ruptur durch die Wand der Tube. Doch können auch hier rasch tödtliche Blutungen vorkommen. Fernerhin passirt es, dass bei dem Tubarabort gleichzeitig die Tube ruptirt und grosse Gefässe angerissen werden. Hinsichtlich des Zeitpunktes, zu dem die Ruptur resp. Expulsion mit der begleitenden Blutung am häufigsten zu erwarten ist, lässt sich keine allgemeine Regel aufstellen. Es sind tödtliche Blutungen im Anfang des zweiten Schwangerschaftsmonates constatirt worden, selten ist die Katastrophe bis zum vierten Monat verschoben. Auch gehen die Erscheinungen keineswegs immer so stürmisch voran. Oft kommt es frühzeitig zu einer partiellen Ruptur mit mässiger Blutung. Das Peritoneum bildet eine schützende Pseudomembran darum. Die Blutungen wiederholen sich, sind jedoch nie so bedeutend, um das Leben der Patientin unmittelbar zu gefährden. Dieses sind verhältnissmässig die günstigsten Fälle, denn die jedesmal damit verbundenen heftigen Beschwerden zwingen die Patientin ärztlichen Rath zu suchen, und leiten den behandelnden Arzt auf die richtige Fährte.

Was ist nun der weitere Verlauf der sich selbst überlassenen rupturirten Fälle?

Wir haben bereits gesehen, dass eine Anzahl von Fällen an acuter Haemorrhagie stirbt, ehe ärztliche Hülfe möglich ist. Es ist ferner möglich, dass Fötus und Placenta in die freie Bauchhöhle ausgestossen werden können, und dort nach erneuter Insertion als sogenannte Abdominalschwangerschaft weiter wachsen. In den übrigen Fällen kommt es zur Bildung einer Haematocele. Die Blutung war nicht stark genug, um die Patientin zu tödten, ein Theil des ergossenen Blutes wird absorbirt, der Rest wird eingekapselt, und die Haematocele ist fertig. Kommt keine Infection dazu, so können so gar recht bedeutende derartige

Blutextravasate sammt der Eireste im Laufe der Zeit völlig absorbirt werden. Ich habe einen Fall von rechtsseitiger, nicht rupturirter Tubarschwangerschaft operirt, in dem die gleichzeitig mit dem erkrankten Uterus entfernte linke Tube eine unverkennbare, stark adhaerente Narbe von einer früheren rupturirten Tubarschwangerschaft zeigte. Die frühere Geschichte der Pat. bestätigte diese Annahme vollkommen.

(Nebenbei bemerkt, ist dies nicht der einzige mir vorgekommene Fall von wiederholter Extrauterinschwangerschaft. Der eclatanteste ist der folgende. Nachdem ich eine, einen dreimonatlichen Fötus enthaltende linke Tube entfernt hatte, kam circa zwei Jahre später dieselbe Patientin zu mir und sagte, sie habe nun die nämliche Geschichte auf der anderen Seite. Sie hatte Recht, und die von mir alsdann entfernte rechte, schwangere Tube bestätigte die von ihr selbst gemachte Diagnose.)

Kehren wir jedoch zu unserem Gegenstand zurück. Nur wenige Haemotocelen nehmen den idealen Verlauf völliger Resorption und somit symptomatischer Heilung. Die Nähe des Darmes, die vielleicht bestehende Communication mit der inficirten Uterushöhle, häufig wohl auch unangebrachte therapeutische Maassnahmen öffnen der Möglichkeit der Infection weite Thore. Acute Sepsis oder chronisches Siechthum ist die Folge. Selbst dann noch hilft sich gelegentlich, wenn sich selbst überlassen, der Organismus, indem der vereiterte Blutsack irgendwo, meistens nach dem Darm zu, durchbricht und auf diese Weise eine Selbstheilung hervorbringt. Dies sind jedoch nur Ausnahmsfälle. Wie wir später sehen werden, erheischen alle derartige Fälle chirurgische Eingriffe.

Wenden wir uns nunmehr zu den Symptomen und der Diagnose der Extrauterinschwangerschaft. Dieselben lassen sich nicht unter einer und derselben Rubrik betrachten, sondern wir müssen zwischen den diagnostischen Merkmalen vor und nach stattgefundener Ruptur resp. Tubarabort unterscheiden. Im Allgemeinen ist die Diagnose der Extrauterinschwangerschaft vor der Ruptur nicht so schwer. Lassen Sie mich hier gleich erwähnen, dass in den alten Lehrbüchern die Beschreibung des Symptomencomplexes fast stets als Paragraph 1 mit „Amennorrhoe" beginnt. Es scheint sich dies fast wie eine Erbsünde von einem auf den anderen Autor vererbt zu haben. Die Fälle in denen die Extrauterinschwangerschaft der normalen insoweit ähnelt, dass einfach die erwartete Periode ausbleibt, die Patientin

subjective Schwangerschaftszeichen hat, bis sie eines Tages auf die eine oder andere Weise auf ihren wirklichen Zustand aufmerksam gemacht wird, sind ausserordentlich selten.

Ich möchte im Gegentheil statt dessen als erstes pathognomisches Zeichen substituiren: „Atypische Blutung." Gewiss verpasst die Patientin für gewöhnlich für kurze Zeit, häufig nur für wenige Tage, ihren richtigen Menstruationstermin. Allein ganz eigenthümliche Blutungen, oft mit ungemein heftigen Schmerzen verbunden, bringen glücklicherweise häufig die Patientin auf den Gedanken, dass nicht alles richtig mit ihr sei und veranlassen sie frühzeitig sich ärztlichen Rath zu erholen. Diese Schmerzen sind wohl oft nur auf Nerveninsult in Folge der Ausdehnung der Tube zurückzuführen, oft aber auch sind sie bereits Vorläufer partieller Rupturen, und es kann für die Patientin verhängnissvoll werden, wenn der zu Rathe gezogene Arzt sich mit der vagen Diagnose „Darmkolik" begnügt, und womöglich das Krankheitsbild durch Darreichung von Opiaten verdunkelt. Kommt dazu vielleicht auch noch das anamnestische Moment einer längeren Sterilität, so ist es, meine Herren, die heilige Pflicht des behandelnden Arztes wenigstens den Verdacht auf Extrauterinschwangerschaft zu hegen, eine gründliche bimanuelle Untersuchung vorzunehmen und falls er im Zweifel über den wahren Zustand ist, den Rath eines Gynäkologen einzuholen.

Zeigt sich dann bei genauer Untersuchung, dass sich seitlich und meistens etwas nach hinten gelegen, aber von dem, allerdings etwas vergrösserten, Uterus differencirbar, eine Geschwulst befindet, von eigenthümlicher teigiger Consistenz meist auf Druck ausserordentlich schmerzhaft — dann ist die Diagnose der Extrauterinschwangerschaft sehr nahe gelegt. Kommt dazu noch, dass eine vor nicht allzu langer Zeit von competenter Seite vorgenommene Untersuchung eine von früher bestehende Adnexaerkrankung ausschliesst, kommen dazu noch Hülfszeichen, wie z. B. Colostrum in den Brüsten und bläuliche Verfärbung der äusseren Genitalien, dann, meine Herren, können Sie mit beinahe positiver Sicherheit die Diagnose auf Extrauterinschwangerschaft stellen. Freilich sind auch dann noch diagnostische Irrthümer möglich. Ich erinnere mich lebhaft eines Falles, den ich mit einem bekannten Collegen sah, in dem alle eben angeführten Kennzeichen vorhanden waren. Trotzdem ergab die am folgenden Tage vorgenommene Coeliotomie eine offenbar rasch gewachsene rechtsseitige Ovarialcyste

und keine Gravidität. Da die betr. Patientin mittlerweile mit Hülfe ihres zurückgebliebenen linken Ovariums zwei gesunden Kindern das Leben gegeben, so hat ihr der diagnostische Irrthum jedenfalls genutzt, da sie sich sonst vielleicht weniger rasch einer Operation unterzogen hätte.

Es ist in neuerer Zeit öfters vorgeschlagen worden, in zweifelhaften Fällen ein Stück des Endometriums zu entfernen, und man glaubte aus der microscopischen Untersuchung der ausgekratzten Schleimhaut diagnostische Schlüsse ziehen zu können.

Ich habe die betreffenden Arbeiten mit Interesse verfolgt und bin zu der Ansicht gekommen, dass die Untersuchung des Endometriums weder positiv noch negativ beweisend ist, und da sie bei drohender Ruptur nicht ganz ohne Gefahr, eventuell auch durch den dadurch bedingten Verzug schädlich sein kann, am besten unterbleibt.

Ganz anders sind die Krankheitssymptome der Extrauterinschwangerschaft, nachdem dit Ruptur oder der Tubarabort stattgefunden hat. Wer jedoch einige Male, vielleicht auch nur ein einziges Mal, das Bild genau beobachtet hat, der wird es nicht so leicht vergessen und im gegebenen Fall wenigstens den Verdacht auf Extrauterinschwangerschaft stets im Auge behalten. Hier sind die rapid einsetzenden Schmerzparoxysmen, die, abgesehen von der concomitirenden Blutung, allein im Stande sind, manchmal die kräftigste Frau zur Ohnmacht zu bringen, am ersten auffallend. Der Character der Schmerzen ist vollständig verschieden von denen bei rupturirter Pyosalpinx oder Ovarialabscess, ebenso von Appendicitis und erleichtert dadurch dem Erfahrenen die Differentialdiagnosis. Dazu kommen die unverkennbaren Zeichen der intraperitonealen Blutung, als da sind: Blässe der Haut und sichtbaren Schleimhäute, von einer merkbaren Entfärbung bis zur Wachsfarbe zunehmend. Aussetzender, fadenförmiger, beschleunigter Puls. Subnormale Temperatur. Kalte Extremitäten. Bewusstlosigkeit. Kalter Schweiss. Häufig gesellt sich dazu Erbrechen, leichte Auftreibung des Leibes mit enormer Empfindlichkeit. Die innere Untersuchung ist häufig enttäuschend, selbst grosse intraperitoneale frische Blutungen sind meist, ehe sie eingekapselt, schwer durch Palpation mit Sicherheit zu erkennen. Besser ist es schon beim Tubarabort; hier lässt sich öfters schon frühzeitig ein Tumor fühlen. In beiden Fällen jedoch ist selbst im Collaps die rupturirte Seite ganz auffallend auf Berührung schmerzhaft.

Ist es nun möglich, in einem derartigen Falle von den Angehörigen eine characteristische Anamnese zu erhalten, so wird man in der weitaus grössten Anzahl der Fälle die richtige Diagnose stellen können.

Schwieriger ist dies schon nach Ablauf der foudroyanten Symptome, nach stattgefundener Haematocelenbildung, besonders wenn der Blutsack in Eiterung übergegangen ist. Hier ähnelt das Krankheitsbild bereits stark dem Beckenabscess, einerlei ob derselbe einer ursprünglichen Pyosalpinx oder Ovarialabscess, oder aber einer purperalen — ich meine damit namentlich einer post abortum — stattgefundenen Infection des Zellgewebes seinen Ursprung verdankt.

Da jedoch die in solchen Fällen indicirten chirurgischen Massnahmen identisch sind, so ist ein gelegentlicher Missgriff in der Diagnose hier nicht von Belang.

Am schwierigsten ist die Differentialdiagnose zwischen Extrauterinschwangerschaft und incompletem Abort mit sich daran anschliessender eiteriger Infection der Adnexa, besonders wenn durch ungeeignete Massnahmen das Krankheitsbild verwischt wurde.

Als bezeichnend möchte ich hier den folgenden Fall kurz anführen:

Eine 31jährige Frau menstruirte zuletzt am 20. Oct. '93, die nächste Periode wurde übersprungen, aber zur Zeit der zweitfälligen, hatte sie eine heftige Blutung, verbunden mit exorbitanten Schmerzen. Ihr Hausarzt wies sie auf meine Abtheilung im Deutschen Hospital. Aus gewissen Gründen ging sie jedoch nach einem anderen Hospital und wurde dort curettirt und nach 8 Tagen entlassen. Die Blutung hatte niemals aufgehört, die Schmerzen zugenommen, ausserdem hatte sie nunmehr Schüttelfröste und hohe Temperatursteigerungen. Bei ihrer nunmehrigen Aufnahme in's Deutsche Hospital fand sich eine für Extrauterinschwangerschaft characteristische Schwellung rechts hinter dem vergrösserten Uterus, aber auch links ein deutlich vergrössertes Adnexum. Bei der Laparotomie bewahrheitete sich die Diagnose der Extrauterinschwangerschaft rechts, links ergab sich Pyosalpinx und Ovarialabscess, offenbar von Infection bei der Curettage herrührend. Beide Adnexa zusammen mit dem erkrankten Uterus wurden entfernt. Prompte Heilung.

Weitere Zustände, mit denen die Extrauterinschwangerschaft verwechselt werden kann, sind unter Anderem folgende:

Intrauterine Schwangerschaft, verbunden mit Adnexatumor oder weichem Fibroidknollen.

Intrauterine Schwangerschaft mit acuter Appendicitis oder achsengedrehtem Stiel einer Ovarialcyste.

Rupturirte Pyosalpinx oder Ovarialabscess.

Uncomplicirte intrauterine Schwangerschaft mag und ist schon als extrauterine angesehen worden. Diese Irrthümer sollten jedoch nur selten vorkommen und sind kaum entschuldbar.

Ein characteristisches Merkmal der Haematocele nach rupturirter Extrauterinschwangerschaft schien mir stets die Thatsache zu sein, dass, während der D o u g l a s'sche Raum weit hervorgewölbt war, der Uterus in toto hoch hinaufgehoben und dicht an die Symphyse angedrückt erschien.

Gar viele interessante differentiell diagnostische Punkte möchte ich noch anführen, und könnte jeden einzelnen mit Erfahrungen am Krankenbett und Operationstisch illustriren. Allein dies hiesse Ihre Geduld zu sehr auf die Probe stellen.

Kommen wir daher zum Schluss und wenden uns zur T h e r a p i e dieser Erkrankung, der früher so viele Opfer erlegen sind, die ohne Autopsie mit der Diagnose Apoplexie, Herzschwäche, innere Blutung, Peritonitis, etc., etc. verscharrt wurden. Ich werde mich so kurz als möglich fassen.

Meine Herren! Ich würde es als einen Affront gegen diese Versammlung betrachten, wollte ich erst viele Worte gebrauchen, um Sie zu überzeugen, dass alle Mittel, wie die verschiedenen Formen der Electricität, Morphiumeinspritzungen in den Fruchtsack etc., die nur den Sinn haben, den Fötus zu tödten, heutigen Tages absolut unzulässig sind. Abgesehen davon, dass sie ihrem Zweck, den Fötus zu tödten, nur sehr selten gerecht werden und daher völlig unzuverlässig sind, so brauche ich Sie wohl nur an die feststehende Thatsache zu erinnern, dass mit dem Absterben des Fötus noch keineswegs die Gefahr der intraperitonealen Blutung oder der septischen Infection der eventuell gebildeten Haematocele gehoben ist. Im Gegentheil kann die Anwendung des electrischen Stromes direct zur Ruptur führen. Als eclatanten Fall möchte ich einen anführen, der mir genau verbürgt worden ist. Extrauterinschwangerschaft war diagnosticirt; der zu Rathe gezogene Gynäkologe rieth die Electrocution des Fötus an. Der constante galvanische Strom wurde gebraucht. Bei der zweiten oder dritten Application starb die Frau auf dem Tisch an foudroyanter innerer Haemorrhagie; die Section ergab frische Tubenruptur. Doch genug davon!

Bei nichtrupturirter und sicher diagnosticirter Extrauterinschwangerschaft soll sobald wie möglich die Coeliotomie vorgenommen und die schwangere Tube entfernt werden. Bei der

heutigen Operationstechnik ist die Mortalität in derartigen Fällen in der Hand des Geübten gleich Null, und die Morbilität, d. h. vorübergehende Complicationen post operationem weniger als zwei Procent. Sollen wir da zuwarten und auf die unwahrscheinliche Spontanheilung, die ja allerdings in seltenen Fällen eintreten kann, hoffen, während die Patientin sich stündlich in der schlimmsten Gefahr befindet?

Darf ich Ihnen dies wiederum an einem eclatanten Beispiel illustriren:

Vor ca. 1 Jahre bat mich ein befreundeter Specialcollege des Morgens mit ihm einen Fall in Consultation zu sehen. Auf dem Wege zur Patientin erklärte er mir, es handele sich um einen Fall von Adnexaerkrankung, wahrscheinlich Pyosalpinx. Er habe baldige Operation angerathen, der Hausarzt riethe zum Zuwarten. Man sei überein gekommen, ich solle den Zeitpunkt der Operation entscheiden. Nachdem ich die betr. Patientin untersucht, kam ich zur Ueberzeugung, dass es sich nicht um Pyosalpinx, sondern um Extrauterinschwangerschaft handele. Ich äusserte mich diesbezüglich dem Collegen gegenüber und rieth, dass, obgleich er nicht mit meiner Diagnose übereinstimmte, wenigstens auf den Verdacht der Extrauterinschwangerschaft hin, die Operation sobald als möglich vorgenommen werden solle. Am nächsten Tage erhielt ich einen Brief des betr. Collegen, worin es hiess, dass am gleichen Nachmittag plötzlicher Collaps eingetreten sei, er habe in aller Eile die Laparotomie gemacht, einen sechswöchentlichen Fötus in der mit Blut angefüllten Bauchhöhle gefunden, die frisch ruptirte Tube abgebunden, allein trotz aller Bemühungen sei die Patientin im Collaps gestorben.

Derartige Fälle bleiben einem unvergesslich und sprechen beredter als ganze Lehrbücher zu Gunsten frühzeitigen operativen Eingriffs. Aber, so möchte mir Jemand entgegnen, man kann nicht immer die positive Diagnose machen. Ganz recht, aber der erfahrene Gynäkologe wird niemals eine Extrauterinschwangerschaft diagnosticiren, oder wenigstens für wahrscheinlich halten, ausser es sind palpable Veränderungen vorhanden, die gleichfalls chirurgische Eingriffe erheischen. Ich möchte Sie hier nur an den oben erwähnten Fall erinnern, in dem es der Patientin sicherlich nicht geschadet hat, dass eine Ovarialcyste frühzeitiger als sonst entfernt wurde.

In zweifelhaften Fällen wird man überhaupt nur eine kleine Incision machen und es eventuell bei der Explorativlaparotomie belassen.

Anders liegen die Verhältnisse wenn es zur Ruptur oder zum Tubarabort gekommen ist. Hier ist es schwer, allgemeine Re-

geln aufzustellen und man muss in jedem einzelnen Falle individualisiren und die Chancen abwägen.

War die erste Blutung gleich so stark, dass die Patientin tief collabirte, so ist die Mortalität der in diesem Stadium eilig vorgenommenen Laparotomien eine beträchtliche. Es wird daher von Vielen vorgeschlagen, man gönne der Frau Zeit sich zu erholen und möge das Peritoneum einen Theil des ergossenen Blutes wieder absorbiren lassen, währenddem man durch Transfusion, wohl auch durch Trendelenburg'sche Lage die acute Anæmie und Herzschwäche bekämpft. Diese Argumente sind recht einleuchtend; aber wer garantirt uns dafür, dass die Blutung wirklich aufgehört hat, oder dass sie nicht wieder von Neuem anfängt? Wie gesagt, man muss in diesen Fällen individualisiren, im grossen Ganzen ist es aber sicherer und chirurgisch richtiger, sobald als möglich den Bauch zu eröffnen und die Blutung definitiv zu stillen.

Weit günstiger steht es um die Fälle, in denen partielle Rupturen mit geringen Blutungen die Alarmsignale geben und in denen dann unter besseren, äusseren Bedingungen und mit besserer Vorbereitung der Patientin die Exstirpation des Tubensackes mit fast gleich guter Prognose, als bei nichtrupturirten Fällen, vorgenommen werden kann.

Ich halte es für unangebracht, hier auf die Technik der Operation einzugehen und werde Sie nicht deshalb zum Beispiel bemühen zu entscheiden, ob Catgut oder Seide das beste Material ist. Dagegen will ich hervorheben, dass, wo immer Drainage nothwendig erscheint, dieselbe nach der Vagina zu, aber niemals durch die offen gelassene Bauchwunde stattfinden soll. Ferner muss ich erwähnen, dass bei einseitiger Extrauterinschwangerschaft mit gleichzeitiger eitriger oder sonstig hoffnungsloser Erkrankung der anderen Seite, falls es der Zustand der Patientin erlaubt, ihr am besten gedient ist, wenn gleichzeitig die andere Seite zusammen mit dem Uterus entfernt wird. Ich habe zuerst diese Indication der Uterusextirpation im November 1893 gestellt und im April 1894 die ersten vier derartig operirten Fälle, alle mit dem besten Resultat, veröffentlicht. Seitdem habe ich eine Reihe derartiger Fälle mit gleichem Erfolg operirt.

Ich komme nun zu den Fällen, die wir erst nach Ablauf der stürmischen Periode sehen. Eine oder mehrfache Blutungen haben stattgefunden, dieselben sind von der freien Bauchhöhle abgeschlossen, eine Haematocele hat sich gebildet.

Hier ist keine grosse Gefahr im Verzug, und wir können manche Fälle zunächst ruhig beobachten und abwarten, ob sie nicht auf dem Wege der Resorption von selbst ausheilen.

Sind jedoch beängstigende oder auch nur allzu störende Symptome vorhanden, oder ist die Haematocele von einer Grösse, die ihre Resorption von vornherein sehr unwahrscheinlich macht, dann ist es entschieden angerathen, die Patientin rasch, gefahrlos und meistens dauernd von ihren Beschwerden zu befreien und dies geschieht am besten durch eine vaginale Incision in die Blutcyste. Ist dieselbe gründlich entleert, ausgewaschen und für ausgiebige Drainage gesorgt, so ist es erstaunlich, wie rasch die meisten Haematocelen von Grund aus heilen.

Fall von geheilter primärer Pharynx- und Larynxtuberculose nach 18-monatlicher Behandlung.*

Von

Dr. Gleitsmann.

Patientin, verheirathet, 38 Jahre alt, begann in der zweiten Hälfte des Juni 1897 über Völle im Halse zu klagen, und constatirte ihr Arzt daselbst eine Ulceration. Sie wurde von ihm an mich gewiesen, und bis zu meiner Rückkehr vom Internationalen Congress und einige Zeit nachher von meinem Stellvertreter behandelt.

Als ich ihre Behandlung Ende October übernahm, hatte sie starke Dysphagie, jedoch kein Fieber und keine Symptome seitens der Lungen. Dieselben sind auch bis jetzt frei geblieben. Die Kehlkopfuntersuchung ergab Folgendes:

Der ganze freie Rand des Kehldeckels war eine gezackte Geschwürsfläche, der rechte Giesskannenknorpel ulcerirt und verdickt, das rechte Taschenband infiltrirt.

Nach ihrer Aufnahme im Hospital wurde am 5. November der ulcerirte Rand der Epiglottis mit der Doppelcurette in fünf Stücken entfernt, ebenso der grössere Theil der Infiltration des rechten Giesskannenknorpels. Die Operation hatte weder Fieber noch Schmerzen im Gefolge.

*) Vorgestellt in der Deutschen Med. Gesellschaft der Stadt New York in der Sitzung vom 8. Mai 1899.

Am 24. November wurde die Infiltration an der hinteren, äusseren Larynxwand gegen den Sinus pyriformis entfernt, welche Wunde, da sehr tief, nur langsam heilte und erst Ende December vernarbt war. Eine frühere Untersuchung des Sputums, und Theile der jetzt entfernten Massen stellten die Diagnose von Tuberculose ausser Frage. Im Ganzen wurden 21 Stücke entfernt.

Anfangs Januar 1898 stellte sich eine Infiltration an der rechten Seite der Zungenbasis ein, die grosse Neigung zu Blutungen zeigte, weshalb zweimal Milchsäure in dieselbe injicirt wurde. Im Februar waren diese Stellen verheilt; Patientin fühlte sich im März sehr wohl und nahm an Gewicht zu. Ihre Besuche waren zu dieser Zeit weniger regelmässig, und so war ich am 12. April nicht wenig überrascht, bei der Untersuchung ein grosses Geschwür in der Mitte der Zungenbasis zu sehen.

Diese Affection der Zungenbasis erwies sich nun als die hartnäckigste von allen, und da wegen der Tendenz zur Blutung Excision der Infiltration ausgeschlossen war, wurden im Ganzen 5 submucöse Injectionen von 75 und 100 proc. Milchsäure, und 6 einfache Curettirungen gemacht. Die Behandlung der erkrankten Zungenbasis erstreckte sich über den ganzen Sommer und einen Theil des Herbstes 1897, bis endlich Mitte October Vernarbung erfolgte. Ausser den chirurgischen Eingriffen wurden Applicationen von Milchsäure, von Phenolsulforicine (Ruault) und von Parachlorphenol gemacht, welches letztere in diesem Fall von besserem Erfolge begleitet war, als die ersten beiden.

Während dieser ganzen Zeit litt Patientin an sehr heftiger Dysphagie und konnte nur nach Insufflation von Orthoform Nahrung zu sich nehmen, die mit gutem Effect von ihrem Manne zu Hause applicirt wurde. Ausserdem nahm sie ständig Präparate von Benzosol, Guajacol oder Creosot, sowie künstliche Nährstoffe.

Ende October 1898 trat soweit die letzte Attacke auf in Form einer Ulceration der plica salpingooesophagea, welche bald heilte, aber eine Annäherung der Gaumenbögen gegen die Mittellinie zur Folge hatte, die in geringem Grade noch vorhanden ist. Seit December konnte ich absolut keine Läsion mehr entdecken.

Wenn Sie jetzt die Patientin betrachten, so werden Sie zugestehen, dass ihre äussere Erscheinung nicht zeigt, welche schwere Krankheit sie durchgemacht hat. Sie hat 17 Pfund zugenommen

und hat ihr normales Gewicht. Die Untersuchung ergiebt einen geheilten, aber unregelmässigen Epiglottisrand, einen normalen Larynx und eine zerklüftete Oberfläche an der Zungenbasis.

Wenn Patientin gesund bleibt, so ist dies mein zweiter geheilter Fall von primärer Pharynx- und Larynxtuberculose, da der erste seit 1889 geheilt ist. (N. Y. Medical Journal, October 11, 1890.)

46 Ost 25. Strasse.

Referate und Kritiken.

Der Kolpeurynter, seine Geschichte und Anwendung in der Geburtshülfe. Auf Grund von 23 Fällen aus der Universitäts-Frauenklinik zu Bonn, dargestellt von Dr. Rudolf Biermer in Wiesbaden. Mit einem Vorwort von Dr. Heinrich Fritsch. Mit 8 Abbildungen im Text. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1899.

Der Zweck der B.'schen Arbeit ist es, die practischen Aerzte, die sich ja am meisten mit der Geburtshülfe zu beschäftigen haben, für die Geschichte des Kolpeurynters und dessen Anwendung zu interessiren. B. giebt zu diesem Behufe eine Uebersicht über die historische Entwickelung der Kolpeuryse in chronologischer Reihenfolge von der Einführung desselben durch Carl Braun (1851) an bis auf die Gegenwart. Die eigentliche Kolpeuryse nach Braun sucht ihren Angriffspunkt in der Scheide. Die Ballons von Barnes und Tarnier gehen schon etwas weiter, indem sie die Erweiterung des Cervix bewirken. Zwanzig Jahre später lehrt die Erfahrung, dass man den Braun'schen Kolpeurynter nicht nur vaginal, sondern mit gutem Erfolg auch intrauterin anwenden kann. Dann kam durch die Veröffentlichung von Mäurer ein neues, sehr wesentliches Moment hinzu, die Anwendung der langsamen Zugwirkung von aussen. Zum Schluss nimmt Champetier den bis dahin elastischen Ballons ihre Elasticität bis auf ein Geringes.

Verf. kommt dann auf die Anwendungsweise des Kolpeurynters zu sprechen und illustrirt dieselbe durch 23 practische Fälle. Die von ihm daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen sind die nachstehenden: Der Kolpeurynter ist, vaginal oder intrauterin mit oder ohne Zug angewandt, ein hervorragendes Mittel, auf ungefährliche Weise die Erweiterung des Muttermundes herbeizuführen und kräftige Wehen auszulösen. Ueberall da, wo diese Wirkung angestrebt werden soll, ist seine Anwendung zu empfehlen. In erster Linie kommt hier in Betracht die Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen Beckenenge. Ferner ist die Anwendung des Kolpeurynters zu empfehlen, wenn es sich darum handelt, die Entbindung zu forciren wegen Gefahr für das Leben der Mutter. Der Kolpeurynter eignet sich nicht nur für die Anstaltsbehandlung, auch der practische Geburtshelfer soll sich dieser so ausgezeichneten Methode bedienen, und darf daher der Kolpeurynter in keinem Geburtsbesteck fehlen.

The General Practitioner. A Manual for the Practice of Medicine, embracing nearly all the Diseases of the Various Branches of the Healing Art, with their several Definitions, Symptoms and Causes. By Theodore Strehz, M.D. Fourth Edition. Published by the Author. Chicago, 1899.

Das Strehz'sche Buch bildet, wie der Titel sagt, ein Compendium der gesammten Heilkunde incl. Arzneimittellehre und einer reichhaltigen Sammlung von Receptformeln. Es gehört kein geringes Geschick dazu, dieses grosse Gebiet auf 460 Octavseiten abzuhandeln, wie es hier vom Verf. geschehen ist. Dazu ist erforderlich, vollkommenes Beherrschen des Stoffes und kritische Würdigung desselben, knappe und prägnante Schreibweise. Nur dadurch konnte es St. ermöglichen, die Grundzüge der gesammten Medicin auf so kleinem Raume und doch mit für den beabsichtigten Zweck genügender Ausführlichkeit und Deutlichkeit zu vereinigen. Nur die Chirurgie, und dies sei hier schon erwähnt, ist etwas gar zu stiefmütterlich bedacht worden.

Der 2. Theil führt alsdann in alphabetischer Reihenfolge die einzelnen den mit einer grossen Anzahl von Recepten, die theils in der Landessprache, theils in lateinischer Sprache abgefasst sind; desgleichen sind abwechselnd Apothekergewicht und metrisches Gewichtssystem dabei in Anwendung gezogen worden. Diese Einrichtung ist in gleicher Weise von Vortheil für den aus Europa gekommenen, wie für den hier zu Lande ausgebildeten Arzt, indem beide dadurch Gelegenheit finden, auch den ihnen weniger geläufigen Modus des Receptirens kennen zu lernen und sich darin zu üben. Es wäre nur das Schreiben der Signatur in lateinischer Sprache, wie z. B. ter die post cibum oder horis somni sumenda u. dgl. zu beanstanden, einmal weil es unschön und altmodisch, dann aber auch weil es unrichtig ist. Denn die Signatur muss von dem Apotheker wortgetreu an dem Arzneigefäss angebracht werden, ist also unbedingt in der Sprache des Patienten zu schreiben.

Der 2. Theil führt also in alphabetischer Reihenfolge die einzelnen Krankheiten auf, sowie Definition, Ursachen, Diagnose und Therapie derselben. Mit allen hier angeführten Definitionen und therapeutischen Massnahmen können wir nicht einverstanden sein. So ist, um nur einige wenige Punkte herauszugreifen, die Influenza keine epidemische Bronchitis und wird nicht durch atmosphärische Einflüsse verursacht; die Extrauterinschwangerschaft ist nicht mit dem faradischen Strom zu behandeln, und die Laparotomie ist nicht nur nach der Ruptur des Fruchtsackes, sondern wo möglich vor derselben indicirt. Der Serumtherapie bei der Diphtherie- und Tetanusbehandlung ist mit keinem Worte gedacht, ebenso wenig der Pasteur'schen Impfung bei der Wuthkrankheit und der Organtherapie. Bei der Behandlung der Psoriasis ist das Chrysarobin, bei der der Scabies der Balsam. peruv. nicht erwähnt, u. dgl. mehr.

Allein trotzdem hat das St.'sche Buch seine Vorzüge und ist sehr zum raschen Nachschlagen geeignet, besonders für den Anfänger und vielleicht auch für den Landarzt zum Mitführen im Wagen. Grössere Handbücher der Medicin und Nachschlagebücher kann es natürlich nicht er-

setzen und soll dies auch nicht. Andererseits wiederum sind in dem St.'schen Buche manche practische Winke enthalten, die man vielleicht vergeblich in den grösseren medicinischen Werken suchen dürfte. Dass das Buch in verhältnissmässig kurzer Zeit schon in 4. Auflage erschienen ist, spricht ebenfalls nur zu seinen Gunsten.

Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes mit Einschluss der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Von Dr. Albert Rosenberg. Zweite neu durchgesehene und erweiterte Auflage. Mit 180 Abbildungen im Text. Verlag von S. Karger. Berlin 1899.

Das durch die erste Auflage schon rühmlichst bekannte R.'sche Handbuch ist nunmehr in zweiter Auflage erschienen. Verf. hat in derselben die seit dem Erscheinen der ersten Auflage veröffentlichten zahlreichen und zum Theil recht wichtigen das Gebiet der Pharyngo-Laryngologie berührenden Arbeiten berücksichtigt, so dass das Buch recht erhebliche Veränderungen und Erweiterungen erfahren hat. Einige neue Abbildungen sind dem Texte beigefügt worden, während die der ersten Auflage beigegebene colorirte Tafel in Wegfall gekommen ist. Ref. ist überzeugt, dass sich die zweite Auflage ebenso viele Freunde gewinnen wird, wie dies bei der ersten der Fall gewesen war, und glaubt dasselbe dem Practiker nicht warm genug empfehlen zu können.

Handbuch der Practischen Medicin. Unter Redaction von Dr. W. Ebstein und Dr. J. Schwalbe, herausgegeben von W. Ebstein. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1899. Lief. 5 mit 8.

In den Lief. 5 und 6 werden die Krankheiten der Athmungsorgane fortgesetzt und wird mit der Abhandlung der Erkrankungen der Kreislaufsorgane begonnen. Lenhartz bespricht das Asthma nervosum s. bronchiale, Lungenemphysem, Bronchiectasien, Fremdkörper in den Bronchien, putride Bronchitis, Lungenbrand, Lungenabscess, Tracheo- und Bronchostenosen, Syphilis der Luftröhre, Bronchien und Lungen, Lungenatelectase und Lungenhypostase, Lungenödem, Lungenembolie und hämorrhagischer Infarct, die Herzfehlerlungen, die Neubildungen der Lungen sowie Echinococcus und Actinomycose der Lungen. Das Capitel über Lungenchirurgie ist von Prof. Dr. König in Berlin bearbeitet, die Krankheiten des Brustfells und des Mittelfells von Prof. Unverricht in Magdeburg. Die Krankheiten des Herzens haben in Prof. Romberg in Leipzig einen ausgezeichneten Darsteller gefunden. In Lief. 7 und 8 endlich werden die Erkrankungen der Blutdrüsen (Prof. Kraus in Graz) zu Ende geführt und das Capitel über die Krankheiten der Lippen, der Mundhöhle und der Speiseröhre von Prof. Sticker in Giessen, die Zahnkrankheiten von Prof. Scheff in Wien und die Krankheiten des Magens von Prof. Pel in Amsterdam in eingehender Weise erörtert. Es ist zu bedauern, dass es sich verbietet auf den Inhalt selbst aller dieser trefflichen Abhandlungen einzugehen. Es kann nur betont werden, dass diese neu erschienenen Lieferungen den früheren vollkommen gleichwerthig zur Seite zu stellen sind, und

Ref. könnte daher nur sein bei der früheren Besprechung des Handbuches abgegebenes Urtheil wiederholen. Auch dieses Mal vervollkommenen eine Anzahl gut ausgeführter Abbildungen und reichliche Literaturangaben den Text.

Annual and Analytical Cyclopaedia of Practical Medicine. By Charles E. de M. Sajous, M.D., and One Hundred Associate Editors. The F. A. Davis Company. Publishers. Philadelphia, 1899. Volume III.

Abermals ist ein Band der Sajous'schen Cyclopädie erschienen. Derselbe beginnt mit den Dislocations und schliesst mit Infantile Myxoedema. Besonders werthvolle Beiträge bilden die Artikel über Dysenterie, Endometris, Fracturen und Verrenkungen, Gicht, Hüftgelenksentzündungen, Eczem, Hysterie und Hypnotismus. Zahlreiche Abbildungen im Texte und vier sorgfältig ausgeführte chromolithographische Tafeln dienen zum besseren Verständniss der einzelnen Artikel. R.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1899, No. 12 mit 15.

1) Megele: Ueber die Verwendbarkeit des Thones (Bolus) als antiseptisches und aseptisches Verbandmittel. (Aus dem hygienischen Institute der k. Universität München.) — M. kann auf Grund einer grösseren Versuchsreihe die Angabe Dr. Stumpf's bestätigen, dass dem Bolus eine ausserordentlich stark trocknende Wirkung zukommt und derselbe daher recht wohl im Stande ist, die Fäulniss zu unterdrücken und als Wundverbandmittel eine antiseptische und aseptische Wirkung zu äussern.

2) F. Horn: Ueber Nabelschnurbehandlung des Neugeborenen. (Aus der rheinischen Provincial-Hebammen-Lehranstalt zu Köln a. Rh.) — Verf. benützt die anti- und aseptischen Eigenschaften des Thons zur Behandlung des Nabelschnurrestes der Neugeborenen. Damit sich die aufsaugende Wirkung des Thons nicht erschöpft, soll man reichliche Mengen nehmen. In consequenter Durchführung dieser austrocknenden Behandlung muss natürlich das Baden unterbleiben, wie überhaupt das Nichtbaden der Kinder bis zum Nabelschnurabfall immer mehr Anhänger gewinnt. Theoretisch sprechen zwei Punkte entschieden gegen das Baden der Neugeborenen vor dem Nabelschnurabfall: 1) Verzögerung der zu erstrebenden Eintrocknung des Nabelstranges in Folge Feuchtigkeitszuführung. 2) Gefahr der Infection, die in jedem Badewasser direct oder indirect möglich ist. H. hat die Thonbehandlung bei 160 Kindern angewandt und dabei gefunden, dass der völlige Abfall des Nabelschnurrestes allerdings bei Thonbehandlung unter Vermeidung des Bades etwas länger dauert, dass aber dabei die Nabelwunde stets in vorzüglicher Verfassung ist; Fleischnabel, stärkere Eiterung wurde nie beobachtet.

3) H. Fischer: Gangraen der Weichtheile und des Knochens beider Füsse bei einem Paralytiker. Thonbehandlung. Ausgang in Heilung. (Aus der Nervenheilanstalt Neufriedenheim bei München.) — Heilung.

wenigstens vorläufige, wurde in diesem Falle durch die Thonbehandlung noch erzielt, nachdem Prof. Klaussner-München die allenfalls in Frage kommende Amputation beider Füsse als zwecklos erklärt hatte, da der Brand sich in kurzer Zeit an den Stümpfen neuerdings zeigen werde.

4) F. Miodowski (Forst i/L.): Ein weiterer Misserfolg bei der Wundbehandlung mit Orthoform. — M. berichtet über einen Fall von varicösen Ulcera cruris, bei dem nach Anwendung einer 5proc. Orthoformsalbe feuchter Brand eintrat.

5) F. Blumenfeld: Beiträge zur aetiologischen Statistik des Gebärmutterkrebses. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu München.) — Verf. verwerthet die in den Jahren 1884 bis 1898 in der Universitäts-Frauenklinik zu München behandelten Fälle von Carcinoma uteri in statistischer Beziehung. Es handelt sich im Ganzen um 678 Frauen. U. a. hatten von diesen 678 Frauen 653 vorher geboren und nur 25, d. h. 3,5 Procent waren steril. Auf die restirenden 653 fruchtbaren Frauen kommen 3777 Schwangerschaften (incl. Fehl- und Frühgeburten). Die Anzahl der Frauen, die nur einmal geboren haben, beträgt 86, die derjenigen Frauen, die mehr als einmal geboren haben, 567 mit 3691 Schwangerschaften. Ebenso wie bei den meisten Autoren ergibt sich, dass fast alle Kranke vorher geboren hatten, und man kann den Zahlen entnehmen, dass, je öfter die Frauen gebären, um so öfter auch bei ihnen die Disposition zu Carcinoma uteri vorhanden zu sein pflegt.

6) Schüle: Ein Fall von Bulbärlähmung mit Betheiligung der Extremitäten ohne anatomischen Befund. (Aus der med. Klinik zu Freiburg i. B.) — Sch. veröffentlicht Krankengeschichte und Autopsiebefund einer an obiger Krankheit gestorbenen 53jährigen Frau. Sectionsbefund vollständig negativ.

7) J. Veis (Frankfurt a. M.): Die hysterische Taubstummheit. (Aus der Klinik des Herrn Geheimrath Prof. Moritz Schmidt.) — Es sind bis jetzt nur ungefähr 20 Fälle von hysterischer Taubstummheit bekannt geworden. V. bespricht an der Hand eines in der Schmidt'schen Klinik beobachteten Falles die Literatur über diesen Gegenstand, die Diagnose und Therapie.

8) Wetzel (Schweinfurt): Ein Fall von multipler Neuritis mit Athetose und Raynaud'scher Krankheit. — W. beschreibt die Erkrankung einer 70jährigen Dame, welche Erkrankung nach seiner Anschauung folgenden Gang genommen hatte: Arteriosclerose — Neuritis, bedingt entweder durch Infection oder auf mechanischem Wege entstanden — symmetrische Gangraen durch tropische Störung — secundäre aufsteigende Myelitis mit besonderer Betheiligung der Pyramidenbahnen.

9) Assaky (Bukarest): Die Radicaloperation der freien Leistenbrüche mittels Naht des inneren Leistenrings. (Aus dem Philanthropia-Krankenhause in Bukarest.) — A. hat bis jetzt 10 Männer nach einem von ihm ausgebildeten Verfahren operirt, dessen Vortheile darin bestehen, dass es einfach und rasch auszuführen ist und sich auf einen einzigen Operationsact, auf die Naht des Leistenrings, beschränkt, statt der vielfach gebrauchten Eingriffe zur Radicaloperation des Leistenbruches. Die Naht der Ausgangsöffnung des Bruches macht es unnöthig, den Leisten-

canal wieder herzustellen. Der Verschluss dieses Orificiums hat Aussicht auf Erfolg bei schwächlichen alten Leuten mit abgemagerter Musculatur und dünnen Aponeurosen, wo der Gewebszustand der Wiederherstellung eines festen Leistencanals nicht günstig ist.

10) Doerfler (Weissenburg am Sand): Weitere Erfahrungen über Appendicitis. — Verf. theilt seine Erfahrungen über 81 von ihm behandelte Appendicitisfälle mit.

11) Schlesinger (Strassburg i. E.): Die Intubation bei der diphtheritischen Larynxstenose in der Privatpraxis. — Im Anschluss an 4 Fälle aus seiner Praxis empfiehlt Sch. angelegentlich die Intubation auch für die Privatpraxis und ist der Ansicht, einmal, dass die Intubation laryngostenotischer Kinder zu Hause dieselben guten Resultate liefert, wie in der Klinik, und zweitens, dass die Intubation den practischen Arzt zeitlich nicht mehr in Anspruch nimmt, als eine Tracheotomie, dass eine stete ärztliche Beaufsichtigung des intubirten Kindes keineswegs erforderlich ist. Durch unangenehme Zwischenfälle soll man sich nicht abschrecken lassen; ähnliche Zufälle können sich nach jeder Operation ereignen und am ehesten nach einer Tracheotomie.

12) Georgii (Rottenburg a. N.): Ueber die Verwendung des Thons (Bolus alba) bei der Behandlung des Cervicalkatarrhs. — Angeregt durch die Publicationen von Stumpf und Langemak hat G. den Thon in einigen Fällen von Endometritis cervicis angewandt und bezeichnet die dadurch erzielten Resultate als sehr befriedigende. Schon nach der ersten Anwendung erwies sich jedesmal die vorher stark gedunsene Vaginalportion kleiner, die hochrothen Erosionen waren blasser geworden und die Frauen fühlten sich in jeder Beziehung ganz erheblich und im wahren Sinne des Wortes erleichtert. Neben dem Rückgang der krankhaften Veränderungen an der Portio waren es hauptsächlich das Verschwinden der vielfachen Unterleibsbeschwerden und das vollkommene Aufhören des beim Laien so gefürchteten „weissen Flusses."

13) Höpfel (Erding): Der Thon als Verbandmittel. — H. hat den Thon in einem nicht operablen Falle von Uteruscarcinom angewandt und fand darin ein vorzügliches secretionsbeschränkendes Mittel. Er nennt in diesem Falle den Thon einen „Segen für das Wartepersonal und die Kranke" und glaubt ihn nicht genug für ähnliche Fälle empfehlen zu können.

14) Bettmann: Ueber Localisation der Psoriasis auf Impfnarben. (Aus der Heidelberger medicinischen Klinik.) — Ein 12jhriger Knabe war im letzten Sommer geimpft worden; die Impfpusteln waren in normaler Weise abgeheilt, als wenige Wochen später an der Impfstelle eine „Flechte" bemerkt wurde, die sich von da aus auf weitere Theile des Körpers ausbreitete. Es handelte sich um typische Psoriasis vulgaris an den Streckseiten der beiden Arme, am Rumpf, an den Streckseiten der unteren Extremitäten und am behaarten Kopf. Damit ist natürlich eine gewisse Beziehung zu der Impfung gegeben, jedoch nur in dem Sinne, dass die Impfung den äusseren Reiz für das Auftreten der Psoriasis gegeben hat. Zu der Annahme, dass etwa ein „Psoriaserreger" zusammen mit dem Impfmaterial in den Körper eingeführt worden sei oder nach-

träglich die Impfstelle als Eingangspforte gewählt habe, liegt keinerlei Grund vor.

15) A. Ceconi: Ueber einen Fall von Ascites chylosus. (Aus der allgem. medic. Klinik in Padua.) — C. bespricht in eingehender Weise die Literatur über diesen Gegenstand und schildert im Anschlusse daran einen von ihm beobachteten Fall, in dem die Diagnose durch die Autopsie bestätigt wurde.

16) Hamm (Braunschweig): Die Behandlung der Ozaena mit Citronensäure. — H. benützt die desodorisirende Wirkung der Citronensäure zur Behandlung der Ozaena. Eine Heilung der Ozaena, insofern man unter Heilung Beseitigung jeder Eitersecretion versteht, erreicht man nicht, wohl aber eine allerdings vollständige Beseitigung des specifischen ozaenösen Foetors, ein Erfolg, mit dem die Patienten und ihre Umgebung ja meist vollständig zufrieden sind. In dieser Beziehung leistet die Citronensäure allerdings Alles, was man von einem Heilmittel verlangen kann. Die Art der Behandlung ist folgende: Die Pat. müssen sich jeden Morgen die Nase ausspülen und nöthigenfalls durch Ausschnauben Eiter und Krusten entfernen suchen. Dann wird mit einem Pulverbläser 3 Mal täglich Citronensäure in die Nase eingeblasen, und zwar Acid. citricum mit Saccharum lactis ana. Dass in der That die Citronensäure den ozaenösen Foetor beseitigt, geht daraus hervor, dass man bei Verwendung derselben trotz Anwesenheit von Eiter oder Borken absolut keine Spur von üblem Geruch wahrnimmt. Das Ausspülen der Nase wird nur aus Gründen der Reinlichkeit verordnet, um die vorhandenen Secrete zu entfernen. Mit dem dauernden Gebrauch tritt allmählich eine Secretionsverminderung ein. Es würde sich wohl empfehlen, die Citronensäure als unschädliches Desodorans in weiterem Umfange zu verwenden.

Centralblatt für Innere Medicin, 1899. No. 10 mit 15.

1) H. Zeehuisen: Beitrag zur Kenntniss der physikalischen Herzerscheinungen der Adolescenz und des Einflusses der Körperhaltung auf dieselbe. — Z. ist auf Grund seiner physikalischen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen gelangt: 1) Während der Herzstoss im Liegen frequenter und ausgiebiger nach oben dislocirt ist als in vornübergebeugter Haltung, gilt für die Dislocation nach aussen die entgegengesetzte Regel. 2) Die Percussion ergiebt im Liegen kleinere Dimensionen als in der vornübergebeugten Haltung, vor Allem was die obere und laterale (linke) Grenze anbelangt. 3) Die Auscultationsergebnisse sind im Allgemeinen im Liegen schärfer als in der vornübergebeugten Haltung, mit Ausnahme derjenigen, welche an der Aorta gehört werden. Der 2. Aortenton und die Aortengeräusche sind besser accentuirt als in anderen Körperhaltungen. Für die Auscultation der physikalischen Erscheinungen am Aortenostium bietet also die vornübergebeugte Haltung unzweideutige Vortheile über die liegende und die stehende Körperhaltung. 4) Die liegende Position soll mehr als bisher für die Untersuchung des Herzens angewendet werden.

2) W. Neubaur: Ein Fall von acuter Dermatomyositis. (Aus der städtischen Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg.) — N. beschreibt

einen Fall dieser selten vorkommenden Krankheit, auf die zuerst von Wagner, Hepp und Unverricht im Jahre 1887 aufmerksam gemacht worden war, und die in einer auf infectiöser Basis beruhenden, entzündlichen Affection der Muskeln und des Unterhautbindegewebes besteht.

3) K.-Bohland: Ueber die Einwirkung der Hidrotica und Antihidrotica auf den Leucocytengehalt des Blutes.' (Aus dem Laboratorium der med. Klinik in Bonn.) — Durch eine grössere Versuchsreihe konnte B. die Angaben Horbaczewski's bestätigen, dass die Antihidrotica den Leucocytengehalt des Blutes herabsetzen (bis zu 66%), dass dagegen die Hidrotica eine sehr deutliche Vermehrung der Leucocyten (bei dem Ammon. carbonic. 267%, bei dem Phenacetin 250%) veranlassen. Erstere sind negativ, letztere positiv chemotactisch. Die auf dieese Weise erzeugte Hyper- und Hypoleucocytose beruht jedoch nur auf einer ungleichmässigen Vertheilung der Leucocyten in den peripheren und centralen Partien des Gefässystems. Bezüglich der Ursachen der bei verschiedenen Krankheiten auftretenden Schweisse, ist B. mit den meisten Autoren der Ansicht, dass es bei den Infectionskrankheiten sich um sogenannte toxische Schweisse handelt; die Schweisse sind auf die Anwesenheit von Toxinen im Blut zurückzuführen, die durch die Schweisssecretion aus demselben entfernt werden sollen.

Centralblatt für Chirurgie, 1899, No. 10 mit 15.

1) H. Oderfeld (Warschau): Zur Technik der operativen Behandlung der Darminvagination. — Es giebt Fälle, in denen die Resection des invaginirten Darmabschnittes nicht mehr ausführbar ist und bei welchen allein die Resection des Invaginatum resp. die Barker-Rydygier'sche Methode als Operation der Wahl angesehen werden kann. Doch auch die letztere hat ihre Schwierigkeiten und ihre Nachtheile. Deshalb schlägt O. ein neues Operationsverfahren vor, das indicirt ist in allen Fällen von Intussusception, bei denen bis jetzt die Barker-Rydygier'sche Methode als Operation der Wahl angesehen wurde, also in jenen Fällen, wo die Resection in Folge der tief in das kleine Becken heruntergestiegenen Invagination nicht ausführbar ist. Die Methode besteht in der Resection des Halses der Invagination, und hat O. dieselbe einmal mit Erfolg angewandt und sie ausserdem experimentell an Hunden im Laboratorium der Kocher'schen Klinik in Bern erprobt. O. ist der Ansicht, dass die Operation allen Anforderungen der modernen Darmchirurgie entspricht und schlägt vor, sie nach Dr. Matlakowski zu benennen, da dieser ihm die Anregung hiezu gegeben.

2) W. Hübener: Ueber die Rolle des Bartes als Infectionsträger bei aseptischen Operationen. (Aus der Breslauer chirurgischen Klinik.) — Da die auf dem vorjährigen Chirurgencongress von Geh.-Rath Mikulicz empfohlenen Operationsmasken wohl die aus dem Mund beim Sprechen herausgeschleuderten Keime zurückhalten, nicht aber bei Trägern eines Vollbartes zugleich auch gegen Infection durch im Barte enthaltene Keime schützten, so hat H. die Mundmaske mit einer schleierartigen Schutzhülle versehen. In der Breslauer Klinik wird diese

Bartmaske von den bei aseptischen Operationen beschäftigten barttragenden Herrn, namentlich auch von Geh.-Rath Mikulicz seit vorigen Sommer getragen, ohne Belästigung hervorzurufen. Dass diese Bartbinde wirklichen Schutz gewährt, konnte H. durch bacteriologische Untersuchungen nachweisen.

3) C. Kackowski: Eine neue Methode der Harnblasendrainage nach hohem Blasenschnitt zur Verhütung der Harninfiltration. (Aus der chirurg. Univ.-Klinik zu Krakau.) — Verf. beschreibt einen von ihm erfundenen Apparat, der aus einem Gummiballon und einem Bunsen'schen Aspirator besteht. Der Ballon ist aus zwei Theilen zusammengesetzt — aus einem unteren, welcher in der Blase, und aus einem oberen, welcher theils zwischen die Wundränder, theils auf die äusseren Bauchdecken zu liegen kommt. Sobald der Ballon in der Operationswunde nach Sectio alta liegt, wird er mit einer Wundspritze aufgeblasen. Der untere Theil des Ballons füllt dann genau das obere Blasensegment aus, hebt die Blasenwand empor und drückt dieselbe gegen die Bauchwand an, indess der obere Theil sich aus der Wunde erhebt und an den Bauchdecken entfaltet. Es wird also die Blasenwand der Bauchwand genähert, was eine dichte Schliessung des Cavum praevesicale Retzii zur Folge hat und Verhältnisse schafft, die genaue Adhäsionen der Blase mit der Bauchwand ermöglichen. Durch Verbindung mit dem Aspirator wird ausgiebige Entleerung der Blase herbeigeführt, auch lässt sich der Apparat sehr gut zur permanenten Irrigation verwenden.

4) J. Sternberg (Wien): Zwei Fälle von Lufteintritt ins Herz.

5) I. Link (Lemberg): Eine neue Nahtmethode bei der Radikaloperation der Hernien ohne bleibend versenkte Nähte. — L. legt die tieferen Nahtschichten bei der Bassini'schen Operation in einer Weise an, dass es ermöglicht wird, die Seidenfäden zu einer Zeit, in welcher man eine sichere Verklebung der Wundränder voraussetzen kann, in toto und mit Leichtigkeit zu entfernen und dadurch einer etwaigen Stichcanaleiterung der Haut die Gelegenheit zu entziehen, sich auf die tieferen Nahtschichten fortzupflanzen.

6) W. M. Sykow (Moskau): Ueber eine neue hämostatische Pincette.

7) G. Drehmann: Zur Aetiologie der congenitalen Hüftluxation, nebst Bemerkungen über die unblutige Behandlung derselben nach Paci-Lorenz. (Aus der Breslauer chirurg. Klinik.) — D. ist hinsichtlich der Aetiologie der Ansicht, dass die mechanische Theorie im Sinne von Lorenz für die meisten Fälle die beste Erklärung bietet, dass aber jedenfalls nicht alle Luxationen dieselbe Aetiologie haben. Dadurch lassen sich auch ungezwungen die verschiedenen Erfahrungen erklären, welche in der Behandlung des Leidens besonders mit den unblutigen Methoden gemacht wurden. D. berichtet dann kurz über die in der Mikulicz'schen Klinik behandelten Fälle (104 Fälle, davon 88 weibl. und nur 16 männl., 78 einseitge, 26 doppelte Luxationen). Mit dem Lagerungsapparat wurden 49 Fälle, und zwar 36 einseitige und 13 doppelseitige, behandelt, 2 einseitge und 1 doppelseitiger wurden später unblutig eingerenkt, je 1 ein- und doppelseitiger blutig reponirt. Im Allgemeinen wurde mit dem Lagerungsapparat die Erfahrung gemacht, dass der Gang in allen Fällen

gebessert wurde, in den meisten Fällen fand der Kopf in der Nähe der Pfanne eine gute Stütze, vor Allem wurde die Lordose bei doppelseitigen stets beseitigt. 25 Fälle, und zwar 19 einseitige und 6 doppelseitige wurden blutig eingerenkt; darunter sind 11 Fälle, bei welchen vorher die unblutige Einrenkung theils misslang, theils nicht erhalten werden konnte. Das Endresultat dieser Fälle ist im Ganzen ein gutes zu nennen. 3 Fälle einseitiger Luxation bei Mädchen im Alter von 8, 11 und 14 Jahren wurden rein orthopädisch mit Mieder, Sohlenerhöhung und Gymnastik behandelt, und es wurde ein vortreffliches Resultat erreicht. Die unblutige Einrenkung nach P a c i-L o r e n z wurde in 43 Fällen (13 doppel- und 30 einseitig) versucht. In 5 einseitigen Fällen gelang die Reposition trotz stärkster Schraubenextension nicht, ebensowenig in 6 doppelseitigen Fällen bei Kindern über 4 Jahre. Einseitige konnten trotz wiederholter Einrenkungen 7, doppelseitige 4 nicht in der Pfanne zurückgehalten werden. D. räth, die Reposition o h n e vorbereitende Extension künftighin in jedem Falle zunächst zu versuchen, da sie dort, wo sie gelingt, nicht geringe Vortheile für die Nachbehandlung bietet.

8) P. S u d e c k (Hamburg-Eppendorf): Statische Schenkelhalsverbiegung nach Trauma (Coxa vara traumatica). Ein 38jähriger Rangirer glitt aus, und seine Beine wurden dabei gewaltsam gespreizt, wobei er einen Schmerz in der rechten Hüfte verspürte. Pat. lag 3 Tage im Bett und konnte nach weiteren 7 Tagen wieder an seine Arbeit gehen. Erst 4 Monate nach dem Unfall stellten sich wieder Schmerzen in der rechten Hüfte ein, und das Bein wurde immer kürzer. Es handelte sich um Schenkelhalsverbiegung, was durch die Röntgenaufnahme bestätigt wurde. Die Verbiegung ist folgendermassen zu erklären: Durch die gewaltsame Spreizung der Beine hat der rechte Schenkelhals eine Verletzung, wahrscheinlich eine Impression ohne Trennung des Zusammenhangs, erlitten. Möglicherweise kann es sich auch um einen Sprung in der Corticalis des oberen Schenkelhalsumfangs gehandelt haben, der durch gewaltsame Ueberbelastung zu Stande gekommen sein könnte. Später trat, noch bevor eine gehörige Ausheilung der Verletzung eingetreten sein konnte, die normale Belastung wieder ein und hat in Folge der verminderten Widerstandsfähigkeit des Schenkelhalses allmählich und unter leichten Schmerzen zu der Verbiegung geführt.

9) D. J. C r a n w e l l (Buenos Aires): Ein seltener Fall von Knochenverletzung. (Vollständige Durchtrennung des Humerus durch Schnittwaffe.)

10) J. D s i r n e: Zwei Fälle von hämorrhagischem Lungeninfarkt nach Radicaloperation freier Leistenbrüche. (Aus der chirurg. Abth. des gouv. Landschaftskrankenhauses zu Samara.) — D. ist geneigt, die Schuld an der Infarcirung der Lungen in den beiden von ihm beschriebenen Fällen einer Verletzung und Unterbindung einiger kleinen, vom Bruchsack zum Plexus hinziehenden Venen zuzuschreiben. Eine andere Ursache, als Wegschwemmung von Thromben aus diesen Gefässen und Ablagerung dieser Pfröpfe in gewissen Gebieten kleiner und kleinster Lungenarterien kann sich D. nicht vorstellen.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899. No. 10 mit 13.

1) E. Wertheim: Zur Technik der Exstirpation von Hämatocelen. (Aus dem Bettina-Frauenpavillon in Wien.) — Bekanntlich reisst bei der Exstirpation grösserer Hämatocelen häufig die Kapsel ein, und der sich entleerende breiige, zum Theil wohl auch noch flüssige Inhalt verliert sich leicht in die Peritonealhöhle, ohne wieder vollständig entfernt werden zu können, und sehr leicht bleiben einzelne Kapselreste zurück, welche die Peritonealflächen rauh und uneben gestalten. Um dies zu verhüten, empfiehlt W., zuerst die Durchtrennung des Stieles und dann die Ausschälung der Hämatocele vorzunehmen, während beim bisherigen Verfahren zuerst die Ausschälung und dann die Ligatur und Durchtrennung des Stiels erfolgte. Das Verfahren hat sich W. in 5 Fällen bewährt.

2) S. J. Kusmin: Ein vereinfachtes aseptisches Verfahren bei der Verbindung und Behandlung der Nabelschnur. (Aus der Klinik für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten des Prof. A. J. Lebedew in St. Petersburg.) — Das Verfahren besteht darin, dass um die Nabelschnur 1 cm. vom Nabelring entfernt ein 3 mm. dicker Gummiring gelegt, und um den Nabelschnurrest einige Male eine Gipsbinde gewickelt wird. Ring- und Gipsbinden bleiben bis der Nabelschnurrest abfällt, wobei die Kinder jeden Tag gebadet werden und nach dem Bad nur etwas neue Watte aufgelegt wird. K. beschreibt dann noch einen vom ihm erfundenen Apparat zum Anlegen der Gummiringe. Er hat sein „höchst einfaches" Verfahren bis jetzt 42 Mal angewandt und „keinerlei ungünstige Folgen" von demselben beobachtet.

3) A. Holowko (Dünaburg): Zur Achsendrehung des Uterus durch Geschwülste. — H. schildert den Fall einer 30jährigen Frau, bei welcher er schon 3 Jahre zuvor ein kindskopfgrosses Myom des Uterus constatirt hatte, und die sehr abgemagert und mit einer das ganze Abdomen einnehmenden fluctuirenden Geschwulst zur Operation kam. Nach Hervorwälzung des Tumors erwies es sich, dass die Geschwulst dem Fundus uteri breitbasig aufsass, und dass der Uterus selbst in der cervicalen Partie um seine Achse gedreht war und zwar so, dass erst die Aufdrehung des Tumors vorn herum von links nach rechts um 360° die normale Lage des Uterus herstellte. Gewicht des Tumors 5000 g. Die microscopische Untersuchung ergab ein myxomatös degenerirtes Myom mit zahlreichen Hämorrhagien im Gewebe.

4) P. Baumm (Breslau): Ueber den Begriff des Puerperalfiebers und die praktische Bedeutung der Definition der Krankheit. — B. schliesst sich der Ansicht Olshausen's an, dass nur die schweren, in sanitärer Hinsicht bedenklichen Formen des Puerperalfiebers in practischer Hinsicht als solches zu bezeichnen und zur Anzeige zu bringen sind, ferner aber auch alle klinisch von diesen nicht zu unterscheidenden Krankheiten der Wöchnerinnen.

5) A. Dührssen (Berlin): Die Kautelen der Uterusvaporisation. — D. hat nie irgend welche gefährliche Zufälle nach der Sneguireff'schen Vaporisation gesehen, kann dieselbe vielmehr nur warm empfehlen. Den ursprünglichen Sneguireff'schen Apparat hat D. dahin verbessert, dass er das äussere Rohr mit sog. Fiberstoff herstellen liess,

welcher die Wärme sehr schlecht leitet, wodurch die Hitzewirkung des Rohres gänzlich wegfällt und nur die Wirkungen des ausströmenden Dampfes in Betracht kommt.

6) S. Mirabeau (München): Ueber trophische Blasenstörungen nach gynäkologischen Operationen. — Störungen von Seiten der Blase im Anschluss an gynäkologische Operationen sind von einer Reihe von Operateuren beobachtet und beschrieben worden, und man hat dieselben früher meist auf Entzündungsvorgänge theils infectiöser, theils mechanischer bezw. medicamentöser Natur zurückgeführt, die secundär von der Operationswunde auf die Blase übergreifen. M. berichtet nun über zwei Fälle, wo durch die Cystoscopie festgestellt werden konnte, dass es sich um hochgradige Circulations- und Ernährungsstörungen der Blase mit Atrophie und stellenweisem Oedem der Schleimhaut handelte. Als die Ursachen derselben sieht M. die während der Operation stattfindenden Gewebsligaturen an und schlägt in prophylactischer Hinsicht vor, durch Anwendung isolirter Gefässunterbindungen an Stelle der Massenligaturen die für die Ernährung der Blase nothwendigen Gefässe sicherer zu schonen.

7) A. Cryzewicz: Zwei Fälle von Sectio caesarea, ausgeführt mit querem Fundalschnitt nach Fritsch. (Aus der Gebärklinik der k. k. Hebammenschule in Lemberg.) — In beiden Fällen handelte es sich um Rachitische. Die eine Parturiens war I. Para, die andere II. Para, welche C. schon einmal 4 Jahre zuvor per sectionem caesaream entbunden hatte. Beide Fälle verliefen günstig für Mutter und Kind. C. hält die Methode des queren Fundalschnittes für eine sehr werthvolle Modification des klassischen Kaiserschnittes, weil bei etwa entstehender Endometritis die putriden Lochien nicht in das Cavum peritonei gelangen, sondern viel leichter den richtigen Weg von oben nach unten per vaginam nehmen können.

8) A. Mackenrodt: Die Operation der Ureterfisteln und Ureterverletzungen. — M. giebt dem rein transperitonealen Verfahren, welches ohne jede Verletzung des Peritonealraumes die Uebersicht über den ganzen Ureterverlauf von der Blase bis zur Niere zugänglich macht, vor der intraperitonealen Methode den Vorzug. Er operirt daher alle Fälle von Ureter-Uterusfisteln jetzt transperitoneal; nur bei Ureter-Vaginalfisteln zieht er die vaginale Methode vor. Die Art der Ausführung der transperitonealen Operationsmethode ist in der Originalarbeit nachzusehen.

9) N. Ostermayer (Budapest): Ein durch Kochsalzinfusionen geheilter Fall von schwerster Sepsis post abortum. — O. verfuhr nach dem Vorschlag Eberhart's und behandelte die Pat. mit 0.9procentigen Kochsalzinfusionen (im Ganzen 13) und kann das Verfahren auf das Wärmste empfehlen. Pat. war in 5 Wochen vollständig geheilt.

10) A. Solowij: Totalexstirpation der Gebärmutter per vaginam oder per laparotomiam bei Gebärmutterzerreissung während der Entbindung? (Aus der Hebammenschule und gynäkolog. Abth. des allgem. Krankenhauses in Lemberg.) — S. hat bei einer 34jährigen II. Para wegen Uterusruptur die vaginale Totalexstirpation gemacht; Pat. starb am folgenden Tage an Peritonitis. Die Section ergab u. a. einen Riss im

Bauchfell, der bei einer Laparotomie nicht übersehen worden wäre. Dies spricht daher zu Gunsten letzterer Operation, obwohl die vaginale Totalexstirpation leichter und schneller ausgeführt werden kann.

Virchow's Archiv, Band 155, Heft 3.

1) N. R. Muus (Kopenhagen): Ueber die embryonalen Mischgeschwülste der Niere. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Marburg.) — M. beschreibt sechs Nierentumoren, von denen fünf von Kindern, einer von einer Erwachsenen stammen, und die eine Reihe recht characteristischer Beispiele der congenitalen Mischgeschwülste der Nieren bilden. Die sechs Tumoren müssen trotz ihrer Verschiedenheiten einer wohlabgegrenzten Gruppe von Nierentumoren zugezählt werden. Sie machen sämmtlich den Eindruck wie ein gewucherter Theil der Niere selbst. Microscopisch zeigen sie eine sarcomähnliche Structur mit eingelagerten drüsenartigen Schläuchen. Ganz besonders tritt die sarcomähnliche Structur hervor. Unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Literatur bespricht M. in ausführlicher Weise die Pathogenese dieser Tumoren. Die Entwickelung derselben könnte man sich in folgender Weise erklären: Ein abgegrenzter grösserer oder kleinerer Theil der Nierenanlage geht, statt seine normale Ausbildung fortzusetzen, in einer frühen Zeit des Foetallebens eine pathologische Wucherung ein. Der embryonale Typus erhält sich unverändert, aber die verschiedenen Elemente wuchern excessiv und unregelmässig. Die übrigen Theile der Nierenanlage wuchern normal fort und bilden das normale Nierengewebe, sowie an der Oberfläche der Tumoranlage die Sammelröhrchen, welche zu dem in Geschwulstmasse umgewandelten Theil der Nierenrinde gehören. Wenn der Tumor grösser wird, verdrängt er das Nierengewebe, indem er es auf seiner Oberfläche ausdehnt; von einer Invasion ist gewöhnlich keine Rede. Der Rest des Nierengewebes entwickelt sich gewöhnlich normal, so dass seine Gesammtmasse so gross ist, wie es dem Alter des Individuums entspricht.

2) B. Grohé: Die Vita propria der Zellen des Periosts. (Aus dem pathologischen Institut zu Greifswald.) — Um im Anschluss an frühere Forschungen zu beweisen, dass die „Vita propria" sich in ganz ungeahnter und daher überraschender Dauer erhalten kann, und dass es ein wissenschaftliches Postulat ist, diese Bedingungen der willkürlichen Schätzung zu entziehen und sie durch systematische Untersuchungen vieler Gewebsarten festzustellen, hat G. eine Reihe dahin zielender Transplantationsversuche gemacht. Er hat Thieren 29 bis 100 Stunden post mortem Periostlappen entnommen und sie in die Musculatur lebender Thiere transplantirt. Das Ergebniss war, dass das transplantirte Periost seine volle Proliferationsfähigkeit bewahrt hatte, indem es typische Bilder von Knorpel- und Knochengewebe producirte, und so ist nicht daran zu zweifeln, dass die Keimschicht dieses Gewebes im Cadaver eines Kaninchens bis in den 5. Tag hinein nicht nur erholungsfähig, sondern zu derjenigen höchsten Proliferations-Leistung geeignet bleiben kann, welche man in der Wissenschaft als ausschliessliche Eigenschaft lebenswarm entnommener, frischer Gewebe zu betrachten gewohnt ist.

3) M. V. Odenius: Ueber einfache cystische Degeneration der

Lymphdrüsen. — O. beschreibt fünf Fälle von Lymphdrüsencysten, und nach seiner Darstellung, welche das Vorkommen einer besonderen, schon von Anfang an einfachen Form von Lymphdrüsen statuirt, würde man folglich unter den bisher etwas näher gekannten, dem Lymphsysteme angehörigen cystischen Bildungen zu unterscheiden haben: 1) die cystischen Lymphangiome in ihren verschiedenen Formen; 2) die mehr oder weniger vollständig zu deutlichen Cysten umgebildeten Lymphadenocelen, und 3) die von O. besprochene, nicht confluirende, in allen ihren Stadien einfache, cystische Umwandlung der Lymphdrüsen, die vielleicht als einfache cystische Lymphdrüsendegeneration bezeichnet werden könnte.

4) O. Kalischer (Berlin): Ueber den normalen und pathologischen Zehen-Reflex. (Aus der Poliklinik für Nervenkrankheiten des Herrn Prof. H. Oppenheim.) — K. kann die Untersuchungen Babinski's im Wesentlichen bestätigen, dass nämlich nicht, wie man bisher angenommen hatte, beim Sohlenkitzel-Reflex gewöhnlich eine Dorsalflexion der Zehen eintritt, sondern dass letztere nur ausnahmsweise und nur unter gewissen pathologischen Bedingungen auftritt, dass dagegen unter normalen Verhältnissen sich stets Plantarflexion der Zehen findet. Der Dorsalreflex ist also etwas Pathologisches und findet sich fast ausschliesslich bei Krankheiten, die mit einer Störung der Pyramidenbahnen verbunden sind. Er verdient daher als Frühsymptom derartiger Störungen eine besondere Beachtung. Des Weitern stellt K. dann noch die Muskeln fest, in welchen der normale Zehenreflex verläuft, und giebt eine Erklärung für die Entstehung des normalen und des pathologischen Zehenreflexes.

5) E. Fraenkel: Zur Lehre von der acquirirten Magen-Darm-Syphilis. (Aus dem neuen allgem. Krankenhause zu Hamburg.) — Krankhafte Veränderungen, welche mit Sicherheit als durch erworbene Syphilis bedingt aufgefasst werden können, werden im Magendarmtractus nur ganz ausnahmsweise beobachtet. Um so interessanter ist der von F. geschilderte Fall eines Mannes, der an den Zeichen einer Peritonitis gestorben war. Die Section ergab, dass im Magen 13, im Dünndarm 31 eigenartige Geschwüre vorhanden waren, die sich durch die microscopische Untersuchung als syphilitischen Ursprunges erwiesen. Eines der im Dünndarm vorhandenen Geschwüre hatte an einer umschriebenen Stelle die Därmwand perforirt und so die Peritonitis verursacht.

6) Th. Kocher: Ueber glykogenhaltige Strumen. (Aus dem patholog. Institut der Hochschule Bern.) — Während bis jetzt nur zwei Mittheilungen über Glykogen in Strumen vorlagen, von Langhans und von Haemig, schildert nunmehr K. fünf weitere Flle von glykogenhaltigen Strumen, welche in den letzten Jahren im Berner pathologischen Institut zur Beobachtung kamen, und aus denen hervorgehen dürfte, dass es sich vielleicht um eine besondere, abgrenzbare Form von Strumen handelt. Betreffs der Details dieser Fälle muss auf die Originalarbeit verwiesen werden.

7) M. B. Schmidt: Ueber ein ganglienzellenhaltiges wahres Neurom des Sympathicus. — Der Fall Sch.'s schliesst sich den von Knauss und Beneke schon berichteten Fällen an.

8) W. Ebstein (Göttingen): Beitrag zur Lehre von der Lipämie, der Fett-Embolie und der Fett-Thrombose bei der Zuckerkrankheit. — E. schildert ausführlich Krankengschichte und Sectionsbefund folgenden Falles: 27jähriges Dienstmädchen, dessen eine Schwester im Coma diabeticum gestorben war, wird, nachdem sie sich einige Monate krank gefühlt hatte, an schwerem Diabetes leidend in die Klinik aufgenommen, wo sie im Laufe einiger Wochen sich soweit erholt, dass sie ihren Dienst wieder thun kann. Nach reichlich Jahresfrist bricht die Pat. zusammen und wird sterbend in die Klinik eingeliefert. Tod im Coma diabet. mit „grossen Athembewegungen." Sections-Diagnose: Lipämie, Fettembolie in den Gefässen der Lungen, der Nieren und des Gehirns u. s. w.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

17 West 43. Strasse.

Sitzung vom Montag, den 6. Februar 1899.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung um 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest sodann das Protokoll der letzten Verwaltungsraths-Sitzung, aus welchem hervorgeht, dass der Verwaltungsrath folgende Beschlüsse gefasst hat: 1. Den von Dr. H. J. Boldt zu Par. 4 der Nebengesetze gestellten Antrag, wonach dem Angeklagten ein schriftliches Duplikat der specificirten Anklage zugestellt werden soll, zu genehmigen. 2. Die Kasse zur Zahlung von $95.65 Mehrausgaben für das Stiftungsfest anzuweisen. 3. Im Mai dieses Jahres eine neue Mitgliederliste drucken zu lassen.

Die Versammlung beschliesst ohne Debatte, die Beschlüsse des Verwaltungsrathes zu genehmigen.

Secretär Dr. A. Rose theilt mit, dass Dr. H. Koenig, der auf unbestimmte Zeit nach Europa gehe, und Dr. L. Waldstein, der bereits vor einem Jahre New York verlassen habe, ihre Resignation eingereicht haben. — Die Versammlung beschliesst, die Resignation der beiden Herren anzunehmen.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Dr. F. Kammerer:

FALL VON NEPHRECTOMIE WEGEN NIERENCARCINOM.

Patient, ein Mann in den Vierzigern, wurde im August wegen eines grossen Abdominaltumors ins Hospital aufgenommen. Aus seiner Krankengeschichte will ich hervorheben, dass er seit einiger Zeit an in-

termittirender Hämaturie litt und schon seit einem halben Jahr eine Zunahme des Abdomen auf der linken Seite beobachtete. Bei seiner Aufnahme fand ich einen gleichmässigen Tumor, der die ganze linke Unterleibshälfte einnnahm, sich einige Querfinger breit über die Medianlinie nach Rechts genau abgrenzen liess und unter dem linken Rippenbogen nach oben verschwand. Dass es sich um eine Geschwulst der linken Niere handelte, ging aus der Lage, aus der zeitweisen Gegenwart von Blut im Harn und besonders daraus hervor, dass das absteigende Colon bei Aufblähung vom Rectum aus direct über den höchsten Punkt der Geschwulst von oben nach unten verlief. Mit dem Cystoscop wurde die Gegenwart einer zweiten Niere sicher gestellt. Die Operation begann mit einem Querschnitt, der sich von der Wirbelsäule bis über die Linea alba nach Rechts erstreckte; nach Durchtrennung der Weichtheile kam die Umschlagsfalte des Peritoneum vom Tumor auf die vordere Bauchwand, ungefähr in der Mitte des Schnittes, zum Vorschein. Ich habe dann absichtlich die Peritonealhöhle im vorderen Theil des ursprünglichen Schnittes weit eröffnet, trotzdem ich mich später überzeugen konnte, dass die ganze Operation extra-peritoneal hätte ausgeführt werden können. Das absteigende Colon lag als flaches Band direct auf dem Tumor, das Peritoneum verlief über dasselbe in einer Ebene, von einem Mesocolon war nichts mehr zu sehen. Ohne grosse Mühe konnte das Colon nach innen verschoben werden, wobei besonders die auf der Innenseite des Tumors zu ersterem verlaufenden Gefässe geschont wurden, da sie die ernährenden Gefässe des Darmes darstellen. Die Geschwulst wurde hierdurch etwas beweglich. Es stellte sich aber bald heraus, dass ein grosser Theil derselben unter den Rippen und dem Zwerchfell lag und der Raum zwischen Crista Ilei und Rippen für deren Entwickelung zu enge war. Deswegen Wegnahme der 11. und 12. Rippe. Nun konnte der Tumor etwas hervorgezogen werden. Die Stielbildung bewies sich als der schwierigste Akt der ganzen Operation. Unter Anlegung vieler langer Arterienklemmen bei erheblichem Blutverlust konnte endlich die Abtragung und Herausnahme der Geschwulst erfolgen. Am Zwerchfell fanden sich verschiedene infiltrirte Drüsen, die entfernt wurden. Die Bauchdecken wurden in Etagen vernäht. Reconvalescenz langsam, aber ohne Zwischenfälle. Die Geschwulst erwies sich als Carcinom und wog 6 Pfund.

Bemerkenswerth ist das Wohlbefinden des Patienten noch heute und die Gewichtszunahme von 42 Pfund; ferner was die Operation betrifft, die Möglichkeit auch grosse Nierentumoren durch den Lumbalschnitt extraperitoneal zu entfernen. Ich habe mehrfach den Versuch gemacht, das ganze Abdomen ausfüllende Nierentumoren zu extirpiren, aber bis Dato hatte ich kein Glück mit dieeser Operation. Es handelte sich dabei dreimal um Kinder und einmal um einen Erwachsenen. Vielleicht bin ich nicht ganz so weit gegangen, wie in diesem Fall. In einem Fall habe ich mich gefürchtet, das Colon von dem Tumor abzupräpariren. Aber wenn man sich erinnert, dass die ernährenden Gefässe des Colon alle von der Innenseite kommen müssen, so kann man getrost die Gefässe, die sich lateralwärts vom Colon befinden, durchschneiden.

Discussion. Dr. R. Stein: Dr. Kammerer erwähnte Fälle von

Nierentumoren, die er bei Kindern operirt hatte. Ich habe vor etwa einem Jahr einen solchen Fall beobachtet, der ins Deutsche Dispensary kam und von anderer Seite als Ovarialgeschwulst diagnosticirt worden war. Es handelte sich um einen gut kindskopfgrossen Tumor, der in der linken Seite lag und ein sichtbar vorgewölbtes Abdomen bildete. Ich hatte sofort den Verdacht, dass es sich um einen Nierentumor handelte. Einige der Herren aber, die anwesend waren, dachten, es könne sich um eine leukämische Milz handeln. Das Kind war ausserordentlich anämisch. Was das Verhältniss zum Colon anbetrifft, so habe ich allerdings keinen Aufblähungsversuch gemacht, denn der Tumor war viel zu gross; auf allen Seiten waren Adhäsionen, so dass ich darauf verzichten musste. Ich stellte aber eine Punktion an und zog mit der Spritze etwa 10—15 ccm. einer serösen Flüssigkeit heraus. Ich untersuchte dieselbe auch mit dem Microscop, konnte aber Bestandtheile von Urin u. s. w. nicht finden. Es wurde nun von einigen der Anwesenden gesagt, dass es sich doch möglicherweise um einen Ovarialtumor handeln könnte. Ich schickte den Fall in das Mt. Sinai Hospital, wo Dr. Gerster die Operation vornahm. Nachdem er einen Lumbarschnitt gemacht hatte, punktirte er verschiedentlich, konnte aber nie auf Flüssigkeit stossen, sondern es war überall hartes Gewebe vorhanden. Er schnitt auch noch in den Tumor ein, aber dann wurde die Operation abgeschlossen, da das Kind zu cachektisch war, um einem solchen Eingriff zu widerstehen. Leider fehlen mir die letzten Berichte über das Kind. Ich habe den Fall deshalb erwähnt, um zu zeigen, dass es doch hie und da recht schwierig ist, eine präcise Diagnose zu machen. Immerhin wäre es von grossem Interesse, und ich glaube, es würde auch die Operation bei Kindern sehr erfolgreich sein, wenn man sie frühzeitig zur Operation bringen könnte.

Dr. F. Kammerer (Schlusswort): Ich möchte sagen, dass ich doch nicht ganz mit Dr. Stein übereinstimme. Ich halte den Nachweis des Colon auf dem Tumor als einen fast in jedem Fall, besonders bei grossen Tumoren in der Narkose leicht zu führenden und für den allerwichtigsten. Ich muss sagen, dass ich in allen Fällen, die ich gesehen habe, auf diese Weise den Zweifel über die Natur des Tumors beseitigen konnte, und ich würde rathen, bei jedem derartigen Fall in der Narkose die Aufblähung des Colon zu versuchen. Ich halte das mit für das untrüglichste Symptom einer Nierengeschwulst. Ich glaube auch mit Dr. Stein, dass gerade bei Kindern die nicht sehr grossen Tumoren leichter zu operiren sind als bei Erwachsenen.

(Dr. R. Stein: Ich glaube, Dr. Kammerer hat mich missverstanden. Ich bin auch überzeugt, dass die Aufblähung des Colon auf jeden Fall versucht werden sollte; aber in unserem Fall konnten wir uns bei der Operation überzeugen, dass die Adhäsionen so gross waren, dass eine Aufblähung nichts genützt hätte. Der Tumor hatte den ganzen Bauch eingenommen, und das Colon lag an der Seite des Tumors.)

Das ist, glaube ich, selten der Fall. Die Tumoren entwickeln sich fast immer in das Mesocolon hinein, so dass das Colon direct auf dem Tumor reitet. Bei keinem meiner Fälle habe ich irgend welche Adhäsionen intraperitoneal beobachtet. Es spielt sich der Process ganz extraperitoneal ab und ist ja kein entzündlicher.

Dr. L. Weiss:

ZUR ÆTIOLOGISCHEN BEHANDLUNG DER GONORRHOE.

Discussion. Dr. R. Newman: Ich kann mich in der Discussion ganz kurz fassen, da ich mit allem, was Dr. Weiss bemerkt hat, einverstanden bin. Die Methode ist wirklich äusserst einleuchtend. Wenn ich aber zu Collegen darüber gesprochen habe, haben sie mir erwidert: Ja jeder Mensch wendet doch die Janet'sche Methode an. Dem ungeachtet habe ich nicht damit reüssiren können. Dass es hin und wieder hilft, ist gar nicht zu bestreiten. Wir haben aber auch Militärärzte gehabt, welche die Soldaten im Bett gelassen und fortwährende Einspritzungen und Irrigationen mit Wasser gemacht haben, und die Patienten sind geheilt worden. Die Janet'sche Methode hat namentlich die Schwierigkeit, dass die Patienten täglich ein oder zweimal vom Arzte behandelt werden müssen. Um die Methode auszuführen, müsste man die Patienten im Hospital oder bei sich im Hause haben. Das ist beschwerlich, und die Methode ist auch schmerzhaft, denn ich habe in verschiedenen Kliniken gesehen, dass die Patienten sich beschwert haben über den verursachten Schmerz und rothe Flecken in der Wäsche. Das Protargol, von dem Dr. Weiss gesprochen, hat jedenfalls sehr viel Erfolg gehabt, aber man muss es, wie er sagt, zu behandeln verstehen. Es wird angegeben, eine 1- bis 3-procentige Lösung zu benutzen. Ich habe gefunden, dass die 1-procentige Lösung am besten ist. Es ist jedenfalls wahr, sie tödtet die Gonococcen. Aber wenn die Gonococcen getödtet sind, so ist damit noch nicht der Ausfluss beseitigt. Um den Ausfluss zu verhindern, muss man andere Einspritzungen machen. Das Argonin hat auch sehr gute Erfolge gehabt. Eine 10-procentige Lösung ist mir am liebsten. Aber das Protargol ist von Neisser so empfohlen worden und hat so viele Anhänger in der Statistik, dass man es jedenfalls obenan stellen muss.

Das Siphon-Arrangement, das Dr. Weiss gezeigt hat, ist mir besonders willkommen. Ich habe etwas Aehnliches schon seit 20 Jahren angewendet, und es ist von grosser Wichtigkeit, dass man sehen kann, wie viel Wasser gebraucht und in Harnröhre und Blase fliesst. Verschiedene Herren haben umständliche Arrangements und Maschinen empfohlen, die auf einen Flaschenzug hin und zurückgezogen werden und die, an die Wand angeschraubt werden. Diese sind beschwerlich, ungeschickt und nehmen zu viel Platz ein. Ich benutze diesen Siphon-Apparat schon seit 20 Jahren und habe ihn meinem Zweck entsprechend anfertigen lassen von hiesigen chirurgischen Instrumentenmachern.

Vicepräsident Dr. H. J. Boldt übernimmt den Vorsitz.

Dr. A. V. Moschcowitz: Ich gebrauche jetzt das Protargol ungefähr seit Mitte December. Ich muss gestehen, ich kann nicht mit Sicherheit sagen, wie viel Fälle ich mit Protargol behandelt habe. Ich glaube, etwa 50 Fälle. Ich kann aber nicht in einem jeden Punkte mit Dr. Weiss übereinstimmen. Er erwähnte vor allem, dass das Protargol mit Sicherheit die Gonococcen tödtet. Das thut es nicht in jedem Fall, weder klinisch noch in den bacteriologischen Reagenzgläschen. Als ich den Artikel von Dr. Neisser gelesen, machte ich folgende zwei Versuche zu verschiedenen Malen: Ich machte eine Mischung von Serum und

Agar und bestreute diese mit einer 2-procentigen Lösung von Protargol. Ich liess die Protargollösung 15 Minuten lang auf der Serum Agarmischung und pflanzte darauf Gonococcen. Dieselben wuchsen in vollster Ueppigkeit. Dann machte ich folgenden Versuch. Ich pflanzte auf eine Mischung von Serumagar Gonococcen, liess die Gonococcen 24 Stunden darauf wachsen, überstreute dann die Oberfläche mit einer 2-procentigen Lösung von Protargol, die ich 15 Minuten darauf liess, goss die Lösung wieder ab, und trotzdem wuchsen die Gonococcen ruhig weiter. Das war meine Erfahrung im Reagenzglas. Meine klinische Erfahrung ist folgende: Ich möchte zunächst betonen, dass ich die Methode gebrauche, wie sie von Neisser angegeben wurde, nämlich ich lasse den Patienten dreimal des Tages einspritzen und die Flüssigkeit 30 Minuten lang in der Harnröhre halten. Gewöhnlich wenn ein frischer Fall von Gonorrhoe zu mir in die Behandlung kommt, untersuche ich sofort das Sekret auf Gonococcen. Ich merke mir ungefähr, wie viel Gonococcen in einem Gesichtsfeld zu sehen sind, ich meine, wie gross ungefähr die Menge ist. Dann lasse ich die Patienten die Einspritzung machen, dreimal per Tag, und nach drei oder vier Tagen wiederkommen. Ich untersuche dann das Sekret wieder. Ich muss sagen, ich habe noch in jedem Fall gefunden, dass die Zahl der Gonococcen ungeheuer abgenommen hatte. Ich möchte beinahe sagen, dass es mir in der Mehrzahl der Fälle gelungen ist, die Gonococcen binnen kurzer Zeit vollständig zum Verschwinden zu bringen, ich will sagen in einer Zeit von 8 bis 14 Tagen. In manchen Fällen findet man nun am Ende dieser Zeit sehr wenig Gonococcen, in einem jeden Gesichtsfeld vielleicht eine einzige Eiterzelle, die mit Gonococcen gefüllt ist. Aber es ist in vielen Fällen ausserordentlich schwierig, diese Gonococcen auch endlich zum Verschwinden zu bringen. Vor einiger Zeit las ich Artikel über das Protargol, in denen empfohlen wurde, die Einspritzung sehr oft vorzunehmen und vielleicht von nicht zu langer Dauer. Ich habe auch das versucht und liess manche Patienten alle zwei oder drei Stunden 10 Minuten lang mit einer 2-procentigen Protargollösung einspritzen. Das Resultat war jedoch auch nicht günstiger. Wie schon erwähnt, in vielen Fällen kann man die Gonococcen nicht so zum Verschwinden bringen. Es ist auch von Wichtigkeit, zu erwähnen, dass man gerade bei häufiger Einspritzung ziemlich oft einen blutigen Ausfluss bekommt. Ferner möchte ich auch darauf hinweisen, dass die Einspritzungen mit Protargol, besonders die, welche im Anfang gemacht werden, den Patienten grosse Schmerzen verursachen. Ich habe vor einiger Zeit auch versucht, um mich mit Sicherheit orientiren zu können, die Gonococcen in einem Blutzählapparat zu zählen. Das ist mir selbstverständlich völlig misslungen.

Dr. L. Weiss (Schlusswort): Ich freue mich sehr, dass Dr. Newman mit seiner weiten Erfahrung die Nachtheile der Janet'schen Methode eingesehen und die Protargol-Behandlung für wichtig und gut hält. Ich bedaure, dass Dr. Goldenberg sich nicht weiter ausgelassen hat. Er hat grosse Erfahrung mit Protargol; aber was er im New York Medical Journal mitgetheilt hat, beweist zur Genüge, dass er mit der Protargol-Behandlung zufrieden ist. Was die interessanten Versuche des Collegen Moschcowitz betrifft, so sind die Gonococcen sehr eigenthümliche Ge-

sellen, die oft ihre Launen haben und sich auf manchem Nährboden länger halten. Jedenfalls scheinen doch die Culturversuche nicht absolut klinisch beweisend zu sein. So viel ist sicher, dass die Gonococcen schnell schwinden. Dass aber hie und da einzelne im Gesichtsfeld übrig bleiben, hat Neisser selber betont, daher auch die Regel, die er uns mitgab, man solle bei Gonorrhoe, selbst schon bei verschwindendem Ausfluss, lange, scheinbar überlange noch injiciren, aus dem einfachen Grunde, weil manch langlebiger Gonococcus immer noch da sein wird, und dass man dann die astringirende Behandlung nicht mehr nöthig haben würde. Ich habe etwas Schmerzen nach 1-procentiger Lösung wohl gesehen, aber nach einer ¼-, ½- und ¾-proc. Lösung sind sie kaum nennenswerth. Doch Schmerzen sind sehr subjectiver Natur, so dass sich darüber nicht viel sagen lsst. Im allgemeinen werden die meisten Beobachter gefunden haben, dass das Protargol ein ziemlich reizloses Mittel ist und kaum mehr Schmerzen verursacht, als die alten Injectionen von Zincsulphat. Ich betrachte das Protargol für ein nahezu specifisch wirkendes Mittel bei Gonorrhoe.

Dr. Karl Dauber:

UEBER PRIMÆRE TYPHLITIS UND IHRE BEZIEHUNG ZUR APPENDICITIS.

Discussion. Dr. A. Seibert: Ich kann nur bemerken, dass ich heute noch auf demselben Standpunkt stehe wie vor 5 Jahren, als ich mich hier dahin äusserte, dass es nämlich meiner Erfahrung nach Typhlitis, Entzündung des Colon, giebt, ohne Entzündung des Appendix. In der grossen Mehrzahl der Fälle von Entzündung in der Gegend des Appendix, wird er selbst befallen sein. Was die Behandlung betrifft, so möchte ich nur sagen, dass, obgleich ich sehr damit einverstanden bin, frühzeitig und auch in Intervallen operiren zu lassen, so glaube ich doch, dass es von hohem Interesse für den internen Arzt ist, wenn möglich, durch chronischen Darmcatarrh oder durch chronische Verstopfung hervorgerufene Appendicitismöglichkeiten zu beseitigen. Ich meine, man stellt sich als Interner ein testimonium paupertatis aus, wenn man hier den Patienten dem Chirurgen gleich in die Hand giebt, statt selbst einmal zu versuchen, ein Individuum, das an wiederkehrenden Appendicitisanfällen leidet, prophylaktisch so zu behandeln, dass der Darm, resp. die Verdauung normal functionirt.

Da die Opiumbehandlung hier erwähnt wurde, so möchte ich bemerken, dass ich in Appendicitis niemals Opium anwende. Ich habe in 22 Jahren hier in New York sehr viel Appendicitis gesehen. Ich habe ausserordentlich selten operiren lassen. Ich möchte hier beiläufig erwähnen, dass ich mir in den letzten 10 Jahren eine einfache praktische Methode ausgebildet habe, wie ich frühzeitig erkennen kann, ob ein gutartiger Fall von Appendicitis vorliegt, der bei interner Behandlung eine gute Prognose abgibt, oder ob frühzeitig operirt werden muss. Ich lasse den Patienten zunächst gar nichts geniessen als Wasser, lege einen Eisbeutel auf den Leib und ein Kissen unter die Kniee, um die Abspannung der Bauchmuskulatur zu fördern. Endlich nehme ich eine sorgfältige Temperaturmessung im Rectum vor, spritze dann eine gewisse

Quantität Antipyrin ins Rectum ein (1 Gram beim Erwachsenen, bei Kindern entsprechend weniger) und besuche den Patienten 4 Stunden nach dieser Einspritzung. Wenn die Temperatur trotz dieser Medication, der Ruhe und der örtlichen Kälte gestiegen ist, so lasse ich an demselben Tage den Chirurgen zuziehen und dringe selbst zur Operation. Sind Temperatur und Schmerz besser, so ist die Prognose gut. Trotzdem glaube ich, dass es eine Colitis giebt, aber dass es gelegentlich ausserordentlich schwierig ist, richtig zu diagnosticiren. Wenn es sich auch in den meisten Fällen um Appendicitis handelt, so bin ich doch der Meinung, dass wir Leute die zu der Affection neigen, vor solchen Anfällen hüten können, auch ohne dass man ihnen gleich von vorn herein den Appendix abschneidet, sonst könnte es schliesslich noch so weit kommen, dass man die Entfernung des Appendix in den ersten vier Wochen des Lebens, wie die Impfung, obligatorisch macht.

Dr. Karl Dauber (Schlusswort): Ich glaube, Herr College Seibert, dem ich für seine Ausführungen sehr dankbar bin und dessen Ansichten ich zum Theil schon aus Privatgesprächen kannte, hat mich doch insofern missverstanden, als er anzunehmen scheint, dass ich die Indication zur Operation weiter stelle, als nothwendig ist. Ich bin aber absolut nicht dafür, jeden Appendicitisfall zu operiren, und habe mich gelegentlich der Discussion des Vortrags von Dr. Beck deutlich in diesem Sinn ausgesprochen. Ich bin ein Gegner der Operation in jedem acuten Anfall und halte sie hier nur für gestattet, wenn sich die Zeichen der Perforation manifestiren oder stärkere Abscesse sich gebildet haben, die Fieber bedingen. Denn der Shock, der vom Peritoneum aus auf das Herz geübt wird, ist derart, dass er in der Pulserhöhung seinen Ausdruck findet, die für uns dadurch wieder ein prognostisches Symptom bildet. Wenn nun zu diesem Shock noch unnöthigerweise die Laparotomie kommt, die auch einen Shock mit sich bringt, und die Narkose, die nicht zu entbehren ist, so muss ich sagen, wir haben noch weniger Aussicht den Patienten durchzubringen als wenn wir von Stunde zu Stunde unter absolut genauer Controlle und Pflege von Seiten des Wartepersonals unter hohen Dosen von Opium und Eis abwarten. Wenn der erste Anfall vorüber ist und absolut alle Symptome verschwinden, auch die Druckempfindlichkeit, so haben wir ein Recht anzunehmen, dass auch die Materia peccans entfernt ist. Bleibt aber auch nur eine Kleinigkeit zurück, so haben wir Internen es nicht mehr in der Hand, den Patienten vor der Gefahr zu schützen, die ihm ein neuer Anfall bietet, und da wir wissen, dass eine Operation in der Zeit der relativen Gesundheit ein relativ unschädlicher Eingriff ist, so haben wir Internen, meine ich, die Verpflichtung, die Patientin und ihre Angehörigen darüber aufzuklären und zur Operation zu rathen. Ich sage nun, ich empfehle die Operation nach dem zweiten Anfall auf jeden Fall, wenn der zweite Anfall dem ersten in kurzer Zeit gefolgt ist, auch wenn nach dem zweiten Anfall keine deutliche Resistenz und Druckempfindlichkeit zurückbleibt. Denn die rasche Aufeinanderfolge der Anfälle legt die Annahme nahe, dass nach dem ersten Anfall wahrscheinlich doch etwas zurückgeblieben war, was sich dem palpirenden Finger entzogen hat. Was nun den Einwurf anlangt, dass wir nach dem Anfalle die Obstipation bekämpfen

müssen, so habe ich im vorliegenden Falle gerade darauf streng geachtet. Aber ich habe eben den Darmcatarrh nicht geheilt, der den Grund zur Bildung des Darmwandabscesses und dadurch zur Auslösung des zweiten Anfalls gab.

Betreffs der Opiumbehandlung steht Herr Dr. Seibert auf einem Standpunkt, der ziemlich vereinzelt ist. Die Opiumbehandlung ist eine alte anerkannte Heilmethode und bezweckt eigentlich dasselbe, was auch alle anderen Maassnahmen bezwecken, die Herr College Seibert empfiehlt, nämlich die Ruhigstellung des Darms. Wir müssen den Darm im Anfange so weit wie möglich durch leichte Clystiere zu entleeren und ihn dann ruhig zu stellen suchen, den Patienten dann zur Ruhe kommen lassen, wenn nöthig, das Herz kräftigen, und den weiteren Verlauf unter steter Beobachtung abwarten.

Dr. A. Seibert (persönliche Bemerkung): Ich glaube, College Dauber hat mich etwas missverstanden. Ich wollte durchaus nicht den Eindruck hervorrufen, als wenn meine Bemerkung eine Kritik dieses einzelnen Falls sein sollte. Ebensowenig habe ich die Idee gehabt, dass Dr. Dauber einer der sofort zur Operation neigenden Collegen sei.

DEMONSTRATION VON PRÆPARATEN.

Dr. H. J. Garrigues:

DEMONSTRATION EINES GROSSEN MITTELST MORCELLEMENT'S MIT ERHALTUNG DER GEBÆRMUTTER ENTFERNTEN FIBROMS. (Ist in No. 3 des gegenwärtigen Jahrgangs als Originalarbeit erschienen.)

Discussion. Dr. F. Förster: Das Präparat, welches uns Dr. Garrigues gezeigt, repräsentirt gewiss ein recht schönes Resultat. Wie er selbst im Eingang seiner Bemerkungen gesagt, war die Patientin 46 Jahre alt; er hatte beabsichtigt, die Hysterektomie vorzunehmen. Eine nähere Betrachtung des Tumors veranlasste ihn jedoch sein Vorhaben zu ändern. In jedem derartigen Fall wird unser erster Gedanke sein, dass bei einer 46-jährigen Frau der Uterus ein Organ ist, das wenig mehr zu bedeuten hat, und wenn irgend welche unangenehmen Symptome durch conservatives Vorgehen zu erwarten sind, so werden wir fest daran halten, dass das Organ einschliesslich des Tumors entfernt werden muss. Die Nachtheile, die sich von Seiten des Tumors uns bieten können, werden sich darin zeigen, dass wir, wenn es ein submuköses Fibrom ist, meist in diesen Massen gangränöse Partien finden. Dr. Garrigues spricht selbst davon, dass die Consistenz eine breiige war, und das Manövriren, diese Massen herauszubefördern, mag beim Anlegen neuer Wundflächen durch Einschneiden der Cervix gar leicht zu Infectionen führen, die wir vermeiden können, wenn wir von vorn herein die Hysterektomie machen. Ich habe eben gerade im Hospital einen identischen Fall liegen, in dem die Frage, die Dr. Garrigues sich vorlegte, auch für mich zur Beantwortung kommt. Die Frau ist 45 Jahre alt und hat einen Tumor, der wohl so gross ist wie dieser. Der Tumor ist weich, schwammig, aber repräsentirt eine zerklüftete Masse, und der Ausfluss ist jauchig. In der Weise ist der Fall also etwas verschieden. Ich glaube, dass hier kein anderer

Weg übrig bleibt, als die Auslöffelung des jauchigen Inhalts, und dann den Uterus von oben zu entfernen. Ich glaube, ich werde der Sicherheit meiner Patientin wegen diesen Weg einschlagen müssen.

Dr. H. J. Boldt: Ich möchte dem, was der Vorredner bemerkt, hinzufügen, dass man doch bei derartigen Fällen sich viel darnach zu richten hat, wie der Scheidenausgang ist. Wenn wir eine weite Scheide haben und die Raumverhältnisse genügend sind, können wir auf einem derartigen Weg vorgehen. Ich bin ganz davon abgekommen, dass ich in solchen Fällen den Vaginalweg einschlage, wenn nicht eine geräumige Scheide orhanden ist. Ich habe es einige Male gethan, mir gefällt aber der abdominale Weg bedeutend besser.

Dr. H. J. Garrigues (Schlusswort): Ich möchte nur noch bemerken, dass in meinem Fall keine Spur von gangränöser Masse vorhanden war, und mit breiig meinte ich nur eine sehr weiche Masse. Unter dem Microscop zeigte es sich aber, dass dieselbe ausschliesslich aus Muskelzellen besteht. Von einem Zerfall war gar nicht die Rede, und deshalb war in diesem Fall auch keine Gefahr für Infiltration vorhanden, und wir hatten auch die glatteste Nachbehandlung. Der sehr grosse Vortheil der Hysterektomie gegenüber ist die absolute Schmerzlosigkeit. Wir wissen alle, wie wir auch den Fall behandeln wollen, mit Clamps oder Ligaturen, so hat die Patientin doch recht bedeutende Schmerzen, die gewöhnlich drei bis vier Tage dauern. Aber in diesem Falle war ein absolutes Wohlsein von dem Augenblick an vorhanden, da die Frau aus der Narkose herauskam, und dann war der Verlauf ein sehr kurzer: nach einer Woche stand sie auf, nach zwei Wochen war sie zu Hause.

Schluss und Vertagung, 10¾ Uhr.

Dr. John A. Beuermann, Prot. Secretär.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 24. Februar 1899.

Vorsitzender: Dr. Morjé.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1) Dr. A. Jacobi: Dieses Kind, das ich Ihnen hier vorstelle, ist 12 Jahre alt und hat zwei Anomalien, die ich Ihnen zeigen möchte. Es hat eine Geschwulst auf dem rechten Sternocleidomastoideus, die sich weich und breiig anfühlt und schon seit einiger Zeit besteht, seit etwas mehr als drei Monaten. Die Geschwulst ist nicht schmerzhaft und fluktuirt. Es handelt sich nun um den Inhalt dieser Geschwulst, und ich möchte gern die Meinungen der Herren darüber hören. Die Geschwulst fühlt sich an wie ein fluktuirender Lymphknoten. Das Zweite ist eine nicht angeborene, sondern im Alter von einem Jahre erworbene Anomalie, nämlich eine Luxation der Hand mit gut erhaltener Funktion. Das Kind kann mit der Hand schreiben, auch ist das Gefühl darin voll-

ständig erhalten. Ich möchte nun wissen, ob die Chirurgen glauben, dass für das Kind noch etwas gethan werden kann.

Discussion. Dr. Kammerer: Ich halte die Affection am Halse für eine vereiterte Drüse, und ich möchte dies daraus schliessen, dass die Geschwulst in so kurzer Zeit entstanden ist. Es ist allerdings eine eigenthümliche Gestaltung einer vereiterten Drüse. Die Luxation hat mich sehr interessirt. Es handelt sich gewiss um eine complete Luxation auf der ulnaren Seite; auf der radialen Seite, wo das Handgelenk hauptsächlich liegt, scheint gute Bewegung möglich zu sein, und ich frage mich, ob nicht früher auf der radialen Seite eine Fraktur bestanden hat. Was irgend welche therapeutischen Bestrebungen betrifft, so glaube ich allerdings, dass man die Deformität corrigiren könnte, wenn man das vorstehende Ende der Ulna entfernen würde. Aber ich würde bei der guten Funktion des Handgelenkes doch nicht an eine Correction denken. — Dr. A. Jacobi: Was die Geschwulst am Hals anbetrifft, so freut es mich, dass Dr. Kammerer denselben Missgriff in der Diagnose gemacht hat, wie ich. Ich hatte es auch für eine vereiterte Drüse gehalten. Mein klinischer Assistent hat dann eine Punktionsnadel eingeführt und ein gelbliches Serum herausgezogen. Es handelt sich um eine Cystenbildung. Es ist kein Eiter vorhanden. Um was handelt es sich nun? Vor drei Monaten ist die Geschwulst entstanden und zwar ohne Schmerz und ohne Entzündung. Hygrome in dieser Nachbarschaft kommen ja vor und zwar meistens congenital. Die Geschwulst scheint mir durch Ausweitung eines grösseren Lymphgefässes enstanden zu sein. Ich kann mir unter den obwaltenden Umständen nichts anderes denken. — Dr. Kammerer: Ich muss sagen, ich bin doch noch nicht ganz überzeugt von der Richtigkeit dieser Diagnose, besonders da die microscopische Untersuchung noch nicht gemacht worden ist. Man kann besonders bei tuberculösen Abscessen manchmal ein fast klares Serum herausziehen. Ich muss sagen, die Entstehung einer Cyste von dieser Grösse in drei Monaten ist mir nicht bekannt. — Dr. A. Jacobi: Ich werde die microscopische Untersuchung vornehmen lassen und später darüber berichten.*)

2) Dr. A. Jacobi: Dieses hier ist ein munteres Kind, das aber seine ungewöhnlichen Eigenthümlichkeiten hat. Es ist 7 Monate alt, ist an der Brust aufgezogen worden und hat bis zu Ende des 4. Monats nichts als Mutermilch und etwas Zwieback bekommen. Als es 4 Monate alt war, hat es ein einziges Mal ein kleines Stückchen halbrohes Steak bekommen. Vor 4 Wochen nun sind Glieder eines Bandwurms von dem Kinde abgegangen. Ich habe Ihnen den Fall vorgestellt, weil ein solches Vorkommniss ungemein selten ist. Im Jahre 1830 hat Müller den ersten Fall eines Kindes mit Bandwurm bekannt gemacht. Das Kind war damals 5 Tage alt, litt an Verstopfung und entleerte einen Bandwurm von 1½ Fuss Länge. Im Jahrgange 1873 des österreichischen Journals für Kin-

*) Wie Herr Dr. A. Jacobi in der Märzsitzung bekannt gibt, hat eine abermalige Probepunction ergeben, dass es sich doch um eine vereiterte Lymphdrüse handelte.

derheilkunde ist der Fall eines 4tägigen Kindes beschrieben, das ein Purgativ bekam und von dem Segmente eines Bandwurms abgingen. Die Muter des Kindes hatte einen Bandwurm. Bis jetzt sind 20 derartige Fälle bei Kindern unter einem Jahre beschrieben worden. In einem Falle waren bei einem 11 Monate alten Baby 3 Bandwürmer zur gleichen Zeit vorhanden. In den meisten Fällen handelt es sich nicht wie bei diesem Kinde um die Taenia mediocannelata, sondern um die elliptica, ein kleiner Bandwurm, der von den Hundeläusen entsteht. So handelt es sich hier auch in dieser Hinsicht um ein aussergewöhnliches Vorkommniss.

Discussion. Dr. Koplik: Der Fall ist in der That ein sehr seltener. Ich habe noch nie einen Bandwurm bei einem so kleinen Kinde beobachtet. — Dr. Klotz: Sollte die Infection nicht auf andere Weise vor sich gegangen sein, dadurch, dass das Kind inficirte Stoffe berührt hat, rohes Fleisch etc. — Dr. A. Jacobi: Dies ist doch nicht gerade wahrscheinlich. Solche Zufälligkeiten kommen aber vor. Vor 25 Jahren etwa theilte mir ein College, dessen Beobachtungsgabe über allen Zweifel steht, Folgendes mit: Er hatte ein Kind in Behandlung, von dem er absolut sicher wusste, dass es nichts anderes bekam, als was er vorgeschrieben hatte. Das Kind war idiotisch und wurde regelmässig in derselben Weise gefüttert. Da bekam es einen Abscess in der Ileocoecalgegend und starb. Das Kind hatte ein einziges Mal in seinem Leben eine Beerenfrucht bekommen und bei der Section fand sich ein Kern dieser Frucht im Appendix.

3) Dr. A. Jacobi: Fall von congenitalem Torticollis auf der rechten Seite. Die zwei Gesichtshälften dieses Mädchens sind nicht gleich. Der Unterkiefer ist etwas abgeflacht, ferner scheint mir die linke Zungenhälfte kleiner zu sein als die rechte. Weiterhin behauptet die Mutter, und dieses ist auch der Fall, dass das Kind auf der kranken Seite weniger Haare hat wie auf der gesunden, und das Kind hat selbst beobachtet, dass es auf der kranken Seite mehr schwitzt, wie auf der gesunden. Es handelt sich also um einen Fall von Torticollis mit mässiger halbseitigen Gesichtsatrophie, die die Zunge mit einschliesst. Eine Hemiatrophie ist ohne allen Zweifel vorhanden. In welchem Zusammenhang steht dies nun? Wenn man den Torticollis als einen Krampf des Accesorius auffasst mit nur mässiger Kernaffection, dann würde sich wohl die leichte Hemiatrophie daraus erklären. Sonst ist an dem Kinde nichts Abnormes. Die Atrophien sind ja bekanntlich auf Gehirndefecte zurückzuführen. Biedert berichtet zwei Fälle, in denen Hemiatrophie vorhanden war und zu gleicher Zeit Microophthalmus. Letzterer wurde entfernt, das Auge enucleirt und ein Glasauge eingesetzt, zuerst ein kleines und dann nach und nach ein immer grösseres, und Biedert behauptet, dass die Hemiatrophie zurückgegangen ist, und zwar in demselben Maasse, in dem die Orbita sich erweiterte. Bezüglich der Behandlung bei diesem Kinde frägt es sich, ob, wenn der Torticollis auf operativem Wege beseitigt ist, dann vielleicht dasselbe zu Stande kommt, was Biedert durch Behandlung des Microophthalmus für seine zwei Fälle zu Stande gebracht zu haben behauptet.

Discussion. Dr. Wolff: Ich möchte den Fall auf folgende

Weise erklären. Wenn man dem Kinde den Kopf gerade hält, so steht das rechte Auge viel tiefer als das linke, und dies ist wahrscheinlich dem ungleichen Schädelbau zuzuschreiben; ich glaube nun, das Kind hat, um Doppelbilder zu vermeiden, unwillkürlich den Kopf schief gehalten und durch das beständige Schiefhalten hat sich dann eine Secundärcontraction gebildet. — Dr. A. Jacobi: Wenn der Torticollis davon herrührte, dass die Augen nicht gleich gestellt sind, dann müsste doch Nystagmus vorhanden sein. — Dr. Wolff: Ich glaube nicht, dass dieser nothwendig dabei sein muss, wenn das Kind auf beiden Augen gute Sehschärfe hat; dann ist die Tendenz einfach zu sehen so gross, dass es sich eine Kopfhaltung aufsucht, die geeignet ist, das Doppelsehen zu vermeiden. Ich glaube nicht, dass sich ein Nystagmus ausbilden muss. Ich möchte noch hinzufügen, dass solche Fälle von Torticollis bekannt sind, die hervorgerufen wurden durch fehlerhafte Stellung der Augen. Dieses ist keine Theorie von mir.

4) Dr. A. Jacobi: Fall von amaurotischer Idiotie. Es handelt sich um eine Familie russischer Juden: der Vater ist 39, die Mutter 35 Jahre alt, das Kind hier, ein Mädchen, ist 13 Monate alt. Die Familiengeschichte ist folgende: Vor 6 Jahren ungefähr hatten die Leute ein Kind, das 20 Monate alt wurde; das Kind war mit der Zange geholt worden und schien sich im Anfang gut zu entwickeln. Als das Kind 6 Monate alt war, habe ich es zum ersten Male gesehen und habe es damals an Rhachitis behandelt. Später kam es in die Behandlung von Dr. Himowich. Das Kind hat dann öfters Convulsionen gehabt und ist abgemagert und elend zu Grunde gegangen. Es soll anfangs gesehen haben, soll aber später das Gesicht verloren haben. Die Leute haben nun noch ein Mädchen, das 4½ Jahre alt, gesund geblieben und intelligent ist. Zwischen diesm Kind und dem jüngsten, das Sie hier sehen, hat die Mutter keinen Abortus gehabt. Dieses Kind ist, wie schon erwähnt, 13 Monate alt. Es wurde von Dr. Koller augenärztlich untersucht, und dieser behauptet mit Bestimmtheit, dass es sich um die bekannten eigenthümlichen Verhältnisse an der Macula lutea handelt. Das Kind ist erträglich gut entwickelt, hat guten Haarwuchs, noch offene Fontanellen, doch ist von Rhachitis keine Rede.

Discussion. Dr. Guttmann: Dieses ist der dritte Fall, den ich bis jetzt gesehen habe. Das Kind ist sehr schwer zu opthalmoscopiren. Ich wage es keineswegs, die Richtigkeit der Diagnose in Zweifel zu ziehen, aber ich glaube doch, dass es kein typischer Fall von amaurotischer Idiotie ist. Der Sehnerv ist der einer myopischen Person. Sowohl Vater wie Mutter tragen Augengläser wegen starker Myopie, und auch das Kind ist hochgradig myopisch. Der Sehnerv ist aber keineswegs atrophisch. Andererseits ist auch Lichtreflex vorhanden: die Pupillen verkleinern sich auf Lichteinfall, und das Kind wird sehr unruhig, wenn man ihm Licht in das Auge fallen lässt. — Dr. Mochcowitz: Ich möchte wissen, wo das Kind geboren ist, von welcher Abstammung und Religion. — Dr. A. Jacobi: Das Kind ist hier von russischen Juden geboren. Dieses ist der vierte Fall von amaurotischer Idiotie, den ich in kürzerer Zeit gesehen habe. Ich bin überzeugt, dass ich früher eine ganze Masse derartiger Fälle übersehen habe, weil ich sie nicht gekannt hatte. — Dr. Koplik: Ich möchte sagen, dass dies ein typischer

Fall von amaurotischer Idiotie ist. Es sind zwei Symptome da, die gerade sehr typisch für den Fall sind. Das erste Symptom ist, dass das Kind den Kopf nicht aufrecht hält, das zweite ist das Verhalten der Sehnenreflexe. Ferner sind die spastischen Symptome gerade hier absolut characteristisch. Wenn man die unteren Extremitäten bewegt, werden sie bald steif; dies ist hier sehr ausgeprägt. Ich glaube also, dass dieser Fall hier gerade ein besonders typischer ist. — Dr. Wolff: Wenn Dr. Guttmann sagt, der Sehnerv sei noch nicht atrophisch, so spricht dies nicht dagegen, dass der Fall als ein typischer zu bezeichnen ist. — Dr. A. Jacobi: Der Fall entwickelt sich vielleicht ein wenig langsam, das Kind lacht noch, hat also noch intellectuelle Eindrücke.

5) Dr. A. Jacobi: Dieser Patient kam vor zwei Tagen zu mir, und ich habe ihn vorgestellt wegen einer seltenen Hautgeschwulst und wegen der Möglichkeit eine falsche oder ungenügende Diagnose zu machen. Der Mann ist 50 Jahre alt und hat seine Hautgeschwülste schon seit 11 Jahren. Die Hautgeschwülste haben eine Grösse von einer Erbse bis zur Grösse einer Wallnuss; sie sind neueren und älteren Datums, und es scheint, dass wir es mit einer fortschreitenden Erkrankung zu thun haben. Ferner hat der Patient an den Fingern eine ganze Anzahl von Geschwülsten, die alle nicht mit den Gelenken oder den Knochen zusammenhängen, sondern sich nur in der Haut befinden. Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf ein Kapitel in Lesser's Hautkrankheiten richten, das nach meiner Ansicht am Besten auf diesen Fall passt. (Liest aus Lesser das Kapitel über Mycosis fungoides vor.)

Discussion. Dr. Klotz: Mir machen die Geschwülste mehr den Eindruck von Fibro-Lipomen. Dafür spricht ihre Consistenz gegenüber den Geschwülsten bei Mycosis fungoides. Letztere sind viel weicher und sehr vergänglich, sie ulceriren oder verschwinden theilweise gänzlich. Für Fibrom spricht auch das symmetrische Auftreten. Die Epidermis ist ganz unverletzt. Ferner ist die Mucosis fungoides eine Krankheit von so schlechter Prognose, dass, glaube ich, kein Fall bekannt ist, der 11 Jahre gelebt hat. Sodann fehlt auch der eczematöse Zustand, der vorausgeht oder die Geschwulstbildung begleitet. Der Mann hat auch keine Anzeichen von Kachexie. Ich glaube, Exstirpation eines Knotens würde wohl das Beste sein, um eine definitive Diagnose zu machen. — Dr. Moschcowitz: Es sind meiner Ansicht nach zwei verschiedene Arten von Geschwülsten da, die man bei Mycosis fungoides nicht sieht. Letztere ist exquisit eine Geschwulst der Haut, während hier Tumoren da sind, die von Sehne oder Sehnenscheiden ihren Ursprung nehmen.—Dr. Leviseur: Ich möchte sagen, dass es sich hier vielleicht um ein Xanthom handeln dürfte. Ich glaube, man muss doch daran denken, und um so mehr, als, wie ich eben hörte, der Mann 4 Procent Zucker im Urin hat. Es würde sich also hier um das Xanthoma diabeticum handeln. Lesser erwähnt dasselbe zwar nicht, allein diese Fälle sind hier in Amerika häufiger beobachtet worden, wie in Europa. Ich habe bis jetzt einschliesslich dieses Falles drei Fälle von Xanthom gesehen. Der erste Fall betraf einen Syphilitiker, der zu gleicher Zeit Zucker im Urin hatte. Die meisten dieser Patienten sind Männer und, obgleich die Geschwülste gewöhnlich nicht diese Grösse wie hier errei-

chen, so werden doch mehr oder weniger grosse Excrescenzen, namentlich an den Ellenbogen und den Nates gefunden. Es würde interessant sein, den Zucker im Urin zum Verschwinden zu bringen, und ich glaube, dass dann die Geschwülste auch verschwinden. — Dr. Klotz: Die Fälle von Xanthoma diabeticum sind sehr selten. Die Fälle, die ich gesehen und von denen ich gehört habe, sind sehr vorübergehender Natur. Dass sie 11 Jahre bestehen, habe ich noch nie gehört, auch nicht, dass sie so hart werden. Wie schon Dr. Moschcowitz gesagt hat, sind einige der Geschwülste nicht in der Haut, sondern unter der Haut, die Haut zieht darüber hinweg. Die gelbe Farbe findet sich bei dem Lipom ebenfalls. Ich möchte vorläufig bei der Ansicht bleiben, dass es sich um Lipome handelt.*)

6) Dr. A. Jacobi: Dieses Kind hier ist 7 Jahre alt, sehr cyanotisch und hat die characteristischen Veränderungen an den Phalangen. Ferner besteht mässige Dilatation und Hypertrophie des rechten Ventrikels. Die Frage ist nun, womit wir es in diesem Falle zu thun haben. Cyanotische, die dieses Alter erreichen, haben gewöhnlich eine mässige Pulmonalstenose oder eine complete Stenose, die durch ein offenes Ventrikelseptum corrigirt ist. Das Hauptgeräusch ist in der Pulmonalisgegend über dem Sternum zu hören. Solche Kranke werden mitunter sehr alt. Es sind bis jetzt ca. 100 solcher Fälle bekannt geworden, die das Mannesalter erreicht haben.

Discussion. Dr. Langmann: Ich glaube, dass wir mit der Diagnose Pulmonalstenose vollständig einverstanden sein müssen. Ob aber die weiteren Symptome auf eine Communication zwischen beiden Vorhöfen hindeuten, möchte ich noch bezweifeln. Mir scheint, dass unter solchen Verhältnissen die Cyanose viel hochgradiger sein müsste, als sie gerade ist. Dagegen sagt der Vater, die Cyanose sei in dem ersten Monate gar nicht bemerkt worden, und dieselbe wäre gewiss nicht übersehen worden, wenn von Geburt an eine Communication zwischen beiden Vorhöfen bestanden hätte. — Dr. Koplik: Ich bin der Ansicht, dass es in allen diesen Fällen sehr schwer ist, zu sagen, ob man es mit einer Pulmonalstenose zu thun hat oder mit einer Oeffnung im Septum. Denn trotzdem man über den Pulmonalklappen ein Geräusch hört, findet sich öfters bei der Section, dass keine Stenose vorhanden ist. Aber gerade in diesem Falle bin ich geneigt, mit der Diagnose des Herrn Dr. A. Jacobi, Stenose mit Oeffnung im Septum der Vorhöfe, übereinzustimmen.

7) Dr. Julius Wolff zeigt einen Fall von cerebrospinaler Lues, dessen Interesse in einer eigenthümlichen Störung der Augenbewegungen besteht. Die 30jährige Patientin kam vor etwa 6 Monaten unter Beobachtung. Die damals vorhandenen Symptome, welche durch Quecksilbereinreibungen und Jodkali etwas gebessert wurden, bestehen noch. Die subjectiven Klagen sind Doppelsehen beim Blick geradeaus und nach beiden Seiten, zeitweiliges Prickeln und Taubheitsgefühl an Armen und Beinen, und eine Spannung in der Stirngegend. Die Untersuchung ergiebt eine verminderte Schmerzempfindlichkeit im Gesicht und an ver-

*) Die später vorgenommene microscopische Untersuchung eines exstirpirten Knotens ergab die Diagnose Fibrom.

schiedenen Theilen des Körpers, geringe Steigerung der Patellarreflexe und geringe Ataxie an den oberen Extremitäten und auch beim Stehen mit geschlossenen Augen. Die Sehschärfe ist beiderseits normal, bei Emmetropie. Die Pupillen sind ungleich und unregelmässig, die rechte quer, die linke senkrecht oval. Beide zeigen nur ganz geringe Reaction auf Licht und Convergenz. Die Accomodationsbreite ist auf 2,0 D herabgesetzt. Beim Blick gerade aus sind die Augenaxen convergent und zwar übernimmt das rechte Auge die Fixation. Wird die Beweglichkeit jedes Auges für sich allein geprüft während das andere verdeckt ist, so erweist sich dieselbe in jeder Richtung normal mit Ausnahme der Richtung nach aussen, indem jede Cornea nur bis zu 3 mm. vom äusseren Lidwinkel gebracht werden kann. Es könnte daher angenommen werden, dass blos eine beiderseitige unvollständige periphere Abducenslähmung bestehe. Die binoculare Prüfung zeigt aber viel complicirtere Verhältnisse. Denn wenn die Augen dem vorgehaltenen Finger von der Mittellinie aus nach rechts folgen, bewegt sich das linke Auge viel rascher nach innen, als das rechte sich nach aussen bewegt. Das linke steht schon ganz im inneren Augenwinkel wenn das rechte sich erst um etwa 20° nach aussen gedreht hat. Soweit entspricht das Bild immer noch dem einer peripheren Abducenslähmung des rechten Auges. Wenn aber nun der Finger noch weiter nach rechts geführt wird, vermag das rechte Auge ihm um wenigstens 20° weiter zu folgen, jedoch nur mit besonderer Anstrengung, welche sich durch ruckweise Bewegungen äusserst, wobei das linke Auge ruhig im inneren Winkel verharrt. Wäre dies eine einfache Abducensparese, so würde das rechte Auge seine nach rechts etwas verminderte Endstellung gleichzeitg mit dem linken erreichen, wogegen wir hier finden, dass, nachdem das linke Auge möglichst weit nach innen gedreht ist, das rechte noch eine bedeutende Bewegung nach aussen machen kann. Ganz ähnliche Verhältnisse bestehen in den betreffenden Muskeln bei der Linkswendung der Augen. Es ist also eine Störung in der Coordination der seitlichen Augenbewegungen vorhanden. Der Impuls zur Seitwärtswendung, welcher von der Hirnrinde ausgehend normalerweise gleich stark auf den einen Rectus internus und den mit ihm associirten Rectus externus des anderen Auges ausgelöst wird, wirkt in diesem Falle viel stärker auf den Internus als auf den betreffenden Externus; letzterer kann aber durch eine willkürliche Verstärkung des Impulses zu fast normal grosser Thätigkeit angespornt werden. Diese Trennung des Impulses in ungleiche Theile kann Vortragender nur durch eine Erkrankung in dem Abducenskern beider Seiten erklären, welcher nun allgemein als das Centrum für die associirte Seitenwendung betrachtet wird. Da aber die beiden Recti interni ganz normal functioniren, können nur diejenigen Zellen jedes Abducenskernes betroffen sein, welche die Function des Abducens beherrscht. Daher ist anzunehmen, dass der Abducenskern aus zwei Theilen besteht, die mehr oder weniger von einander getrennt sind, der eine für den Abducens, der andere für den mit ihm associirten Internus. Vortragender hat in einer früheren Arbeit weitere Gründe für diese Annahme angegeben.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Die Trennung der Kerne könnte dadurch zu Stande kommen, dass es sich um syphilitische Hyper-

plasien handelt. Wenn ich den Fall zu behandeln hätte, würde ich, abgesehen von specifisch antiluetischer Behandlung, zu einem Mittel greifen, das, wie es scheint, in dieser Beziehung in Vergessenheit gerathen ist, nämlich zum Strychnin, nicht innerlich, sondern örtlich in der Nähe des Auges. — Dr. Wolff: Die Strychninbehandlung wird ja jetzt noch vielfach benutzt, namentlich bei Sehnervenleiden. Ich werde auch recht gern den Vorschlag von Dr. Jacobi annehmen und versuchen, welche Resultate ich damit erhalten werde. Der Fall hat sich schon gebessert; die Patientin kann jetzt bis auf 6 Meter einfach sehen, während sie vorher nur auf einen Meter einfach sehen konnte.

VORZEIGEN VON PRÆPARATEN.

Dr. Charles Norris demonstrirt von einem Fall von Bronchitis suppurativa chronica gewonnene und auf Kaninchenniere gezüchtete Kulturen und die dazu gehörigen microscopischen Präparate.

A. Ripperger, Secr.

Wissenschaftliche Versammlung der Deutschen Poliklinik.

Abgehalten am 20. Januar 1899.

Vorsitzender: Dr. W. Freudenthal und Dr. I. Morvay Rottenberg.

Schriftführer: Temp. Dr. L. Fischer und M. Gross.

Dr. Carl Beck:

EIN FALL VON LINKSSEITIGER CHOLECYSTOMIE.

Der Fall, welchen ich Ihnen vorzustellen die Ehre habe, dürfte vereinzelt in der Geschichte der Chirurgie dastehen. Es handelt sich nämlich um eine bei vollständigem Situs transversus vorgenommene Cholecystomie wegen Cholelithiasis auf der linken Seite.

Patientin, eine 39jährige Frau, in Amerika geboren, gibt eine günstige Familiengeschichte. Sie hatte sechs Kinder, welche alle wohl sind. Ihr Vater war im 47ten Lebensjahr gestorben; die Mutter, welche 72 Jahre alt ist, erfreut sich noch der besten Gesundheit. Eine Schwester lebt und ist gesund; vier Geschwister starben als Kinder, eines davon an Typhus.

Patientin war bis zu ihrem 25ten Jahre immer gesund gewesen. Von dann ab pflegte sie an leichten Kopfschmerzen und hie und da an Brechreiz zu leiden. Bisweilen waren auch ganz leichte Schüttelfröste vorhanden gewesen. Während der letzten vier Jahre wiederholten sich diese leichten Anfälle etwas häufiger. In letzter Zeit hatte sich noch Husten und ein unbestimmtes Schmerzgefühl in der linken Lendenregion hinzugesellt. Icterus war nie vorhanden gewesen, noch hatten sich Gallenpigmente im Urin vorgefunden. Schon vor Jahren war die Diagnose Dextrocardie vom Hausarzt der Patientin gestellt worden. Für die gastrischen Störungen glaubte man eine linksseitige Wanderniere ver-

antwortlich machen zu können und war deshalb die Nephropexie empfohlen worden.

Am 5. November 1898 ergab sich bei der Aufnahme im St. Mark's Hospital folgender Befund: Patientin ist lang und mager. Durchmesser des linken Vorderarms übertrifft den des rechten um einen halben Zoll. Patientin ist linkshändig und ist der linksseitige Händedruck stärker als der rechte. Der Spitzenstoss des Herzens ist im rechten sechsten Intercostalraum sicht- und fühlbar. Die Leber ist auf der linken Seite palpirbar. Ihr Rand überragt den Rippenbogen um 1½ Zoll. In Folge mässigen Meteorismus ist tiefe Palpation unmöglich. Unter dem linken vorderen Darmbeinstachel ist ein beweglicher Tumor, welcher der Grösse und Form einer normalen Niere entspricht, zu fühlen.

Nach alsbald vorgenommener Nephropexie trat keine Reaction ein. Neun Tage später jedoch stellten sich die früheren gastrischen Anfälle von Neuem ein, so dass sich mir die Ueberzeugung aufdrängen musste, dass noch anderweitige abdominelle Störungen, deren Character mir zunächst unbekannt war, vorliegen müssten. Es wurde deshalb eine Untersuchung in der Narkose vorgenommen, bei welcher eine Resistenz am äusseren rechten Rectusrand, etwas unterhalb des vorderen Leberrandes, entdeckt wurde. Eine nunmehr vorgenommene Exploralivlaparotomie ergab das Vorhandensein von Gallensteinen, welche ohne Zwischenfall entfernt wurden. Die Heilung verlief ohne Störung.

Bei der Eröffnung der Bauchhöhle konnte constatirt werden, dass die Leber im linken und Magen mit der Milz im rechten Hypochondrium lagen. Coecum und Wurmfortsatz finden sich in der linken Darmbeingrube. Die Abdominalaorta zieht sich rechts von der Vena cava inferior entlang. Der Uterus ist leicht nach links gerichtet.

Durch eine Anzahl Skiagramme konnten Herz und Leber ebenfalls gut locirt werden.

Dr. Louis Fischer demonstrirt vier Fälle von Hysterie bei Kindern.

Fall 1. Ein Kind von zehn Jahren klagt über Schmerzen in dem ganzen Körper, besonders über Hyperaesthesie der Haut, die leiseste Palpation oder Percussion ruft Schmerz hervor. Dieses Kind ist seit Monaten in Behandlung und unter Beobachtung. Redner giebt an, dass absolut nichts Pathologisches gefunden worden ist. Als Ursache findet er, dass die Mutter des Kindes ein hysterisches Weib ist, welches fortwährend klagt und in Folge dessen dieses Kind veranlasst, auch über dieselben Symptome zu klagen. Er warnt, allen Symptome, welche Kinder klagen, nicht eher Glauben zu schenken, bis die Diagnose klar ist und namentlich sich zu überzeugen, ob Ursache vorhanden sei, eine Hysterie oder Neurasthenie vorzutäuschen.

Fall 2. Ein Kind von zwölf Jahren leidet seit einigen Monaten an Erbrechen, angeblich erbricht sie vor den Mahlzeiten, unmittelbar nach dem Essen und ausserdem des Nachts. Die Anfälle kommen oft unmittelbar nach Aufregung oder wenn das Kind sich ärgert. Sie ist ein sonst gut aussehendes und gut genährtes Kind, hat regelmässigen Stuhlgang, leidet an nichts. War bis vor einigen Monaten stets gesund. Das Kind wurde mit strengen diätetischen Massregeln behandelt und bekam Bis-

muth; ferner wurde sie von der Schule fern gehalten. Sie bekam Morphium, Codein, Magnesia usta. Auch Bettruhe wurde für mehrere Tage vorgschlagen. Der Zustand blieb derselbe und dann wurde von mir eine Magenausspülung vorgenommen, und blos flüssige Speisen erlaubt. Der Zustand wurde nicht besser, dann schickte ich das Kind zu Dr. Dauber (Stoffwechsel-Abtheilung), mit der Bitte, den Mageninhalt zu prüfen. Dies geschah und Herr Dr. Dauber war so freundlich, mir mitzutheilen, dass das Kind seiner Ansicht nach nur an Vomitus nervosus leidet. Dieses stimmt, meine Herren, also mit meiner Diagnose von hysterischem Erbrechen vollkommen überein.

Fälle 3 und 4 sind angebliche Gelenk- und Muskel-Schmerzen, welche stark an Rheumatismus erinnern. Die Behandlung mit Natr. salicyl. erleichterte nicht, auch wurde leichter galvanischer und faradischer Strom versucht ohne irgend welche Erleichterung. Suggestion half in einem Falle, doch kamen Recidive bei Aufregungen und nervösen Einflüssen.

An der Discussion betheiligten sich Dr. Freudenthal, Guttman, Tyndale und Oppenheimer.

Dr. Freudenthal demonstrirte einen Fall von Schluckbeschwerden bei einem Phthisiker, welcher günstig mit Orthoform in Form einer Gelbei-Emulsion verabreicht wurde. Folgende Zusammensetzung:

Menthol..... 10 Procent.
Orthoform..... 12 Procent.
Gelb-Ei..... 1

Redner besprach die gute Wirkung des electrischen Lichtes im Larynx. Er wendet es manchmal 5 Minuten an; Redner nannte es Photo-Therapie.

Dr. Robert Newman besprach die gute Wirkung des Orthoforms und erwähnte das New Orthoform. Er freute sich über die gute Heilwirkung des electrischen Lichtes gehört zu haben. Er meinte, dass man viel mehr mit dem electrischen Lichte, als mit den Röntgenstrahlen sehen könnte. Besprach zunächst das electrische Bad.

Dr. Carl Beck lobte das Orthofrm bei localer Wundbehandlung. In Bezug auf Licht-Therapie erwähnte Redner die gute Wirkung des Abdominalschnittes bei Peritonitis tuberculosa. Er erwähnte den berühmten Fall von Spencer Wells. Auch besprach er die therapeutische Wirkung der Röntgen-Strahlen bei Tuberculose.

Dr. Guttmann erzielt gute Wirkung mit Cocain und Holocain. Er ist nicht so enthusiastisch, als Vorredner und zweifelt an den Erfolgen der Licht-Therapie.

Dr. Freudenthal (Schlusswort) betont die gute Wirkung des Lichtes auf die äussere Haut — Tuberculose — und betont speciell,im Gegensatz zu Dr. Guttmann, dass das Sonnenlicht heilt, hingegen erleichtert das Orthoform den localen Schmerz, heilt aber nicht.

Dr. Henry S. Oppenheimer stellt einen Patienten mit Verletzung des linken Auges vor. Patient ist 21 Jahre alt. Diag. Keratitis, parenchymatosa. Der Sehnerv war normal, Sehschärfe auf die Hälfte reducirt, Verdacht auf Lues. Keine äusseren Hautsymptome zeigten sich. Redner findet deutlich luetische Symptome im Auge. Diagnose: Syphilis.

Dr. Guttmann bedauert, keine Gelegenheit zur Untersuchung gehabt zu haben.

Dr. Oppenheimer (Schlusswort) erwähnt, dass man bei Lues selten Keratitis parenchymatosa vorfindet.

Dr. Weissberger stellt einen Patienten vor; er vermuthet, dass er an einem Aneurysma der Arteria subclavia leidet.

Discussion. Dr. Tyndale frägt, welche subjective Symptome vorliegen

Dr. W. antwortet: Gar keine.

Dr. L. Weiss betonte die Abwesenheit gewisser Symptome, trotzdem er sich der Diagnose anschliesst. Operative Behandlung ergibt in der Regel schlechte Resultate. Räth Jodkali an, eventuell Electropunktur.

Dr. Ludwig Weiss. Vortrag über

BEHANDLUNG DER GONORRHOE MIT PROTARGOL.

Er findet dieses Protein-Silbersalz als bestes bisher gebrauchtes Mittel und nicht so reizend als das Argentamin. Er bezeichnete dieses Mittel als Specificum. Er demonstrirte drei Spritzen und räth besonders zu einer, bestehend aus Glas mit Hartgummi. Montirung und olivenförm. Ansatz, wie sie Neisser gebraucht. Seine weiteren Ausführungen, soweit sie das Protargol betreffen, sind in seinem am 6. Februar in der Deutschen med. Gesellschaft der Stadt New York gehaltenen Vortrag, „Zur aetiologischen Behandlung der Gonorrhoe" (No. 3 ds. Jhrgs), enthalten.

Dr. Robert Newman erwähnte die Wirkung von Bougies mit 1 Procent Protargol. Er ist gegen Einspritzung von Argent. nitric.

Dr. Goldberger, Dr. Rosenwasser und Dr. Wald erzielten gute Resultate mit Protargol-Einspritzungen. Dr. Gutmann bespricht die guten Eigenschaften und erzielte günstige Resultate auf der Conjunctiva und in den Ohren und Larynx mit Protargol.

Dr. L. Weiss (Schlusswort). Er ist nicht so zufrieden mit Anthrophors und Bougies als Dr. Newman. Seine Behandlung wäre, die Gonococcen zuerst zu tödten; wenn dieselben verschwinden, dann ist seiner Ansicht nach keine Gonorrhoe mehr vorhanden und der Ausfluss muss als Catarrh betrachtet und als solcher behandelt werden. Er ist gegen die Janet-Einspritzungen, da man damit leicht die Blase inficiren kann.

Schluss und Vertagung.

Louis Fischer, Secretär.

Sitzung vom 17. Februar 1899.

Verlesung des Protokolls.

Vorsitzender: Dr. I. M. Rottenberg.

Schriftführer: Dr. L. Fischer.

Dr. L. Fischer demonstrirt einen Desinfectionsapparat und bespricht die Anwendung von Formalin im Pastillen mit obigem Apparat; er erwähnte, dass für gewöhnliche Wohnräume Board of Health-Schwefel

gebraucht, und dass dieses nicht zweckmässig sei; Formalin ist nicht giftig, wirkt aber sehr ätzend auf die Augen, sei aber nicht schädlich. Eine kleine Pastille genügt, um 100 Cubicfuss Luftraum zu desinficiren. Formalin wirkt auch gut in der Behandlung von Pertussis, indem es die Anfälle abschwächt.

Discussion. Dr. Carl Beck kann nicht verstehen, wie Formalin Bacillen tödten kann; das einzig zuverlässige Mittel sei doch Hitze; wir sollten auch Hauptaugenmerk auf lokale Desinfection richten, da Infection doch meistens durch Contact verursacht wird.

Dr. L. Fischer (Schlusswort): Obiger Apparat sollte hauptsächlich bei Phthisikern angewandt werden; er will den Apparat nur als Deodorizer empfehlen.

Dr. Carl Beck zeigt ein Röntgenbild von linksseitiger Cystostomie, ausserdem einige Gallensteine, welche in obigem Falle entfernt wurden. Dr. Beck stellt den Fall von Thoracotomia vor, und demonstrirt Modus operandi; er reseciert Rippen bis er den Finger einführen kann, um die Ausdehnung der Höhle zu sondiren.

Discussion. Dr. Rottenberg hat drei Fälle von tuberc. Pleuririts operirt.

Fall 1. Ein junger Mann von 18 Jahren erkrankte an Pleuro-Pneumonie an der rechten Lunge; Patient genas binnen drei Wochen nach Operation.

Fall 2 heilte binnen 7 Wochen, und der 3. Fall ähnlich dem zweiten.

Dr. Beck (Schlusswort): Bedauert, dass keine grössere Discussion stattgefunden hat, giebt Symptom einer verdickten Pleura, Dämpfung und geschwächtes Athmen. Diff.-Diag. sehr schwer, daher sollte Probepunction gemacht werden.

Dr. Pohly demonstrirte einen Fall von Pharyngitis hysterica.

Dr. L. Weiss demonstrirt einen Verschlussapparat für die Harnröhre zum Zwecke der Verweilungsinjection, erfunden von Dr. Fisch in Wien. Dr. Weiss zeigt auch ein Neisser Suspensorium um das Scrotum himmelwärts zu eleviren; ein ähnliches Suspensorium von Biehl in Leipzig bei starken Scrotumanschwellungen.

Discussion. Dr. Kompert frägt, ob Pat. beim Anlegen des Fisch'schen Apparates grosse Schmerzen empfindet. — Dr. Beck findet das Neiss'sche Suspensorium sehr werthvoll und prophezeit beiden Suspensorien eine grosse Zukunft. — Dr. Rottenberg frägt, ob man nicht zwei kleine Löcher am Trichter des Fisch'schen Apparates anbringen könnte, um ein Band hindurchzuziehen, den Apparat am Penis zu befestigen.

Dr. Weiss (Schlusswort) sagt, dass beim Anlegen des Instruments allerdings Schmerzen empfunden würden, diese seien aber nicht besonders stark; man könnte eventuell Cocain gebrauchen; der Apparat imponirte ihm aber nicht, da er zu theuer und umständlich für den Patienten sei.

Dr. Weiss demonstrirt einen Fall von Otitis media und Mastoiditis nach Grippe; ein Ohrenspezialist macht die Operation; bei Nachbehandlung fand Dr. Weiss weisse, speckartige Niederschläge; es stellt sich heraus, dass es ein Cholesteatom ist.

Discussion. Dr. Guttmann: Cholesteatomfälle sind selten; er bewundert, dass der Fall nicht gleich vom Spezialisten als solcher erkannt wurde; sie entstehen in der Regel von langjähriger Erkrankung des Mastoideus; es sei oft nöthig, die Oeffnung nach der Operation so lange als möglich, oft lebenslänglich, offen zu halten. Deshalb kann man keine sichere Prognose geben.

Dr. Weiss (Schlusswort): Las über 13 Fälle von Cholesteatom, wo keine Otitis purulenta vorhergegangen; er denkt, man sollte die Wunde ruhig in einigen Wochen zuheilen lassen.

Dr. Friedmann bespricht einen Fall von Pneumothorax; Kind hatte eine chronische Bronchitis seit vier Jahren; klagte über plötzlichen Schmerz im Rücken und Athembeschwerden; das Kind wurde mit Digitalis und Spartein ohne Besserung behandelt, zwei Wochen lang; das Kind kann jetzt wieder ausgehen, hat Schwellung auf der rechten Seite, obgleich noch immer Pneumothorax vorhanden ist; keine chirurgische Behandlung wurde angewandt.

Discussion: Dr. Beck erklärt, es sei nöthig eine Probepunction zu machen, um auszufinden, ob Eiter vorhanden sei. — Dr. Friedmann antwortet, es sei keine Effusion vorhanden gewesen.

Schluss und Vertagung.

Louis Fischer.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Jodtinctur innerlich bei Kinderdiarrhoen. Nach Grosch (Riforma medica, Sept. 1898) erweist sich Tinct. jodi bei den acuten infectiösen Gastro-Enteritiden der Kinder in Dosen von 2—4 Tropfen in Zuckerwasser alle 8 Stunden 3 Tage hindurch genommen von promptester Wirkung; Fieber und Diarrhoe sistiren, das Sensorium wird frei. Bei Erwachsenen in Dosen von 6 Tropfen 3—4 mal täglich ist der Effect zwar kein so rascher, aber ebenso sicherer. Er wendet in der Regel folgende Mixtur an, wovon täglich 1—2 Esslöffel voll gegeben werden:

Rp. Tinct. jodi 0,5
Syrup. simpl. 15,0
Aq. dest. ad 150,0

— Graefe empfiehlt zur Anregung der Diaphorese:

Rp. Camphor. pulv. ..... 0,02—0,1
Pulv. opii ..... 0,02—0,03
Kal. acet. ..... 0,2 —0,3
Sacch. alb. ad 10,0
M. f. pulv.

S. Ein Pulver in einer Tasse Thee vor dem Schlafengehen zu nehmen. (Gazz. degli osp. e delle clin. Oct. 1898.)

— Atonia intestinalis: Huchard wendet bei Darmatonie mit Erfolg folgendes 2—3 mal täglich zu nehmendes Pulver an:

Rp. Natr. benzoic.
Pulv. rad. Rhei aa 5,0
Pulv. nuc. vom. 0,02

(Progrès médical, Oct. 1898. Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 14.)

— Dr. Frankenburger giebt in der Nürnberger med. Gesellschaft (Sitzung vom 5. Januar 1899) seine Erfahrungen mit Tannopin bekannt. Dasselbe ist ein Condensationsproduct von Urotropin und Tannin und soll nach Angabe der Darsteller (Firma Bayer & Cie. in Elberfeld) dem Tannigen und Tannalbin ähnliche noch bessere Wirkung entfalten, wegen seiner geringeren Resorbirbarkeit und schwerer, langsamerer Löslichkeit in alkalischen Säften. Es wurden im Ganzen 18 Pat. damit behandelt, welche litten an: Acutem Darmcatarrh, bezw. Brechdurchfall der Kinder (12); desgl. der Erwachsenen (2), an Durchfällen in Folge von chronischem Darmcatarrh, Tuberculose, Nephritis, Lebercirrhose (je 1); die Dosen betrugen 4—5 mal 1,0 pro die bei Erwachsenen, 3 bis 4 mal 0,25—0,5 bei Kindern. Sämmtliche Pat. nahmen das Präparat ohne Widerstreben; üble Neben- oder Nachwirkungen wurden nicht beobachtet. In 6 Fällen (sämmtlich Brechdurchfall der Kinder) blieben die Resultate wegen ungenügender Beobachtungsmöglichkeit zweifelhaft. Gute Erfolge wurden erzielt bei den Fällen von acutem und chronischem Darmcatarrh der Erwachsenen und von tuberculösem Durchfall. Dagegen versagte das Mittel vollständig bei den acuten Darmcatarrhen, bezw. Brechdurchfällen der Kinder, welche genau verfolgt werden konnten (5 negative gegen 1 positives Resultat). Vorzüge vor dem Tannalbin wurden nicht constatirt, dagegen scheint das Tannopin dem Tannalbin wesentlich nachzustehen. (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 13.)

— Angiombehandlung durch Injection von Eisenchlorid. Die von Auger in der Revue du practicien, Aug. 1898, empfohlene und durch 30 Jahre mit Erfolg und ohne jede üble Folgen angewendete Methode besteht in der Einspritzung einiger Tropfen einer Ferrisesquichloratlösung in das interstitielle Gewebe des Angioms. Bei kleineren Tumoren genügt eine 1—2 mal wiederholte Injection, bei grösseren kann dieselbe öfter wiederholt werden, ausserdem empfiehlt sich bei grösseren Tumoren Compression der Peripherie. Der anfänglichen Schwellung folgt Induration und allmähliche, bei grösseren Tumoren Wochen lang andauernde Rückbildung. Er verwendet 2 Lösungen, eine schwächere und eine stärkere:

1.	Solut. ferri sesquichlorat. 30proc.	2,5
	Natr. chlor.	1,5
	Aq. dest.	6,0
und 2.	Solut. ferri sesquichlorat. 30proc.	2,5
	Zinc. chlor.	3,0
	Aq. dest.	6,0

(Ibidem.)

— Zur Frage der Behandlung des Tetanus mittelst Injectionen von Hirnemulsion. Schramm beschreibt (Przeglad lekarski. 1899, No. 3) den Fall eines neunjährigen Mädchens, in welchem, angesichts bedrohlicher Tetanuserscheinungen, am neunten und dreizehnten Krankheitstage je 6—10 gr. Gehirnsubstanz in Emulsion eingespritzt wurden. Pat. wurde am 17. Krankheitstage geheilt entlassen. Schon nach der ersten Injection besserte sich der Zustand wesentlich nach der zwei-

ten liessen die Krämpfe vollständig nach. Den Injectionen folgte keinerlei locale entzündliche Reaction. Es wurde das Gehirn eines jungen Kaninchens, dem Thiere aseptisch entnommen, angewendet, was, wegen der grösseren Möglichkeit, frisches Material zu bekommen, der Anwendung von Kalbshirn vorzuziehen ist. Schramm stellt die Hypothese auf, dass auch andere, vornehmlich mit Nervenstörungen einhergehende Injectionskrankheiten, mit der Zeit der oben erwähnten Therapie zugänglich sein werden. (Wiener klin. Wochenschr.)

— Tropon, ein neues Nahrungseiweiss. Dasselbe ist von Prof. Finkler in Bonn erfunden und ist ein aus pflanzlichen und thierischen Rohstoffen hergestelltes, wenig voluminöses, hellbraunes, nahezu geschmackloses Pulver von sandiger Beschaffenheit. Es ist im trocknen Zustand nicht fäulnissfähig, nicht hygroscopisch, im Wasser unlöslich. Der Eiweissgehalt beträgt nach den Untersuchungen von Fröhner und Hoppe (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 2) 90,44 Proc., auf Trockensubstanz berechnet ca. 95—99 Proc. Diese Autoren sind auf Grund eingehender Versuche zu dem Schlusse gekommen, dass das Tropon im Stande ist, allein den ganzen Eiweissbedarf des Körpers zu liefern, also nicht nur ein Eiweissparer, sondern wirkliches Nahrungseiweiss ist, dass es ferner gut, mindestens ebenso wie die gewöhnlichen, stickstoffhaltigen Nahrungsmittel ausgenützt wird. Sie bestätigen also, was Finkler durch Schilderung seiner 100 mit Tropon genährte Fälle schon gezeigt hatte (Berliner klin. Wochenschr. 1898, No. 30 mit 33), dass das Tropon ein sehr brauchbares Mittel für die Krankenernährung ist.

H. Strauss fasst die Ergebnisse seiner in der III. med. Klinik der Charité in Berlin mit Tropon angestellten Untersuchungen dahin zusammen, dass sich das Tropon als ein den Magen und Darm nicht reizendes, der Resorption leicht zugängliches, auch bei mehrmonatlicher Anwendung in geeigneter Darreichungsform in der Mehrzahl der Fälle ohne Widerwillen genommenes Eiweisspräparat erwiesen hat, das wegen seines billigen Preises für die Zwecke der Krankenernährung Beachtung verdient. Man ist durch das Tropon im Stande, den Stickstoff- und Caloriengehalt einer aus irgend welchen Gründen nicht zureichenden Nahrung auf wenig kostspielige Weise zu erhöhen, und zwar in einer Form, welche geeignet ist, speciell den Ansprüchen des Magens und auch des Darms auf Schonung sowohl nach der mechanischen als nach der chemischen Seite hin in weitgehendem Maasse Rechnung zu tragen. (Therap. Monatshefte 1898, No. 5.)

— Somatose in der Kinderpraxis. Nach Landau sind Dosen zwischen 4—10 gr. täglich bei Kindern am zuträglichsten und in entsprechender Form verabreicht, also vollkommen gelöst, den grossen Dosen vorzuziehen, indem sie besser ausgenützt werden und keine Durchfälle verursachen. Bei Kindern wurden Versuche mit Somatose in grosser Zahl angestellt und sind die Ergebnisse in den meisten Fällen sehr befriedigende. Weber wendet Somatose an mit guten Erfolgen bei Magendarmcatarrhen der Säuglinge und zwar in Dosen von 1½ bis 2 gr. auf eine Kinderflasche. Pelger räth, die Somatose in Milch zu verabreichen. Besonders gute Resultate wurden bei Kindern mit Magendarm-

catarrh erzielt und wurde Somatose entweder pur oder in 10 Proc. sterilisirter wässeriger Lösung oder als Somatose Muttermilch verordnet. Nach Cronin wurden bei acuten und chronischen Darmcatarrhen der Kinder, nach Wolf bei Atrophia und Dyspepsia chronica und nach Fournier bei acutem Magendarmcatarrh mit Somatose stets günstige Erfolge erzielt. In fast allen Fällen konnte schon nach kurzem Gebrauche oft ganz bedeutende Körpergewichts-Zunahme constatirt werden. Auch Drews betrachtet die Somatose als ausgezeichnetes diätetisches und tonisirendes Heilmittel und findet, dass sie günstig einwirkt auf die Knochenbildung des Säuglings und auf sich entwickelnde Rachitis. (Wiener klin. Rundschau 1899, No. 13.)

— Behandlung des Erysipels mit Creosot. Fox bedeckt die erysipelatösen Stellen oder die eiternden Wundflächen mit Compressen, die er in eine Lösung von Creosot, 6—20 Tropfen auf 30 gr. Wasser, getaucht hat. Man kann dieselbe Lösung auch Kataplasmen beisetzen und dieselbe je nach dem Grade der Krankheit in der Dosis regeln. Unter dem Einflusse der Solution mässigt sich die Entzündung rasch, die Eiterung nimmt ab und septicämische Erscheinungen verschwinden. Unter 100 derart behandelten Fällen von Erysipel hatte Fox nur einen Todesfall und dieser betraf einen alten gebrechlichen Mann. Mit dieser äusseren Behandlung verbindet Fox auch eine tonisirende innere Medication. (Journ. de Médecine de Paris 1899, No. 4. Ref. in Therap. Revue der Allg. Wiener med. Ztg. 1899, pg. 10.)

— Strisower wendet mit Erfolg bei Masern Ichthyolsalbe an. Er lässt Morgens und Abends die ganze Hautoberfläche mit einer Salbe, bestehend aus 30 gr. Ichthyol auf 90 gr. Axungia, einreiben. Wenn man diese Behandlung gleich im Beginne zu einer Zeit einleitet, wo das Exanthem noch auf die Rachenschleimhaut beschränkt ist, so kann man einen vollständigen abortiven Verlauf erzielen. Es tritt dann keinerlei Hautexanthem, auch kein Fieber auf, und die Kinder werden rasch gesund. Wendet man das Ichthyol zu einer Zeit an, wo das Exanthem schon ausgebrochen ist, so sieht man schon nach 1—2 Einreibungen die Temperatur abfallen und das Exanthem rasch nachlassen und verschwinden. Nach 4—5 Tagen tritt immer vollständige Heilung ein, worauf man den Kranken ein warmes Bad nehmen lässt, um die Salbe von der Haut zu entfernen. (Ibidem pg. 11.)

— Mencière behandelt die vulvären Papillome mit Salicylcollodium. Die Anwendung desselben ist völlig schmerzlos. Jedes Papillom kann in 5—8 Tagen zum Verschwinden gebracht werden. Man nimmt Collodium elasticum 5,0, Acid. salicyl. 2,0 bis 2,5 und bringt einige Tropfen dieser Mischung auf 8—10 Papillome in einer Sitzung, am nächsten Morgen ätzt man dieselben nochmals und ausserdem 8—10 andere, bis alle verschwunden sind. Man braucht nicht ängstlich die gesunden Stellen beim Auftragen des Salicylcollodiums zu vermeiden, denn dasselbe hat auf die gesunde Schleimhaut keine Einwirkung. Wenn man die Papillome sehr rasch zum Verschwinden bringen will, so excidirt man sie, stillt die Blutung durch Compression und pinselt dann Salicylcollodium auf. (Ibidem.)

— Behandlung des Mercurialismus. Die Quecksilberintoxi-

cation ist im Verlaufe einer antisyphilitischen Cur oft schwer zu vermeiden, namentlich wenn der Kranke eine besondere Empfindlichkeit für Quecksilberpräparate aufweist, und ganz besonders bei Anwendung von intramusculären Injectionen unlöslicher Quecksilberpräparate. Die Mittel, die man zur Bekämpfung der auftretenden Intoxicationserscheinungen verwendet, wirken langsam und schwach; dagegen soll man nach G. Fiocco (Sem. médic. No. 8) mit Hülfe reichlicher subcutaner Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung im Stande sein, die Intoxicationserscheinungen in kurzer Zeit günstig zu beeinflussen. Eine junge Patientin wurde nach einer Injection von 0,24 Calomel von Mercurialismus mit drohenden Symptomen von Seiten des Darmes, der Nieren und des Herzens befallen. Chlorsaures Kali, Coffein, Digitalis, Milchdiät wurden erfolglos versucht; die Symptome nahmen an Schwere fortwährend zu und Pat. verfiel in tiefes Coma. Jetzt wurde noch mit einer Infusion von Kochsalzlösung ein Versuch gemacht. Es wurden 1½ Liter der physiologischen Lösung unter die Haut injicirt. Kurz nach der Injection wurde der Puls besser, die Pat. kam wieder zum Bewusstsein, eine reichliche Urinabsonderung stellte sich ein, das Eiweiss verschwand aus dem Urin, die Diarrhoe stand still und nach kurzer Zeit war die Pat. wieder hergestellt. (Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte 1899, No. 7.)

— Die Unmöglichkeit, bei Pat. mit Oesophaguscarcinom gewisse Speisen herunter zu schlucken, rührt nach Rosenheim (Sem. médic. 1899, No. 7) häufig weniger von der organischen Verengerung der Speiseröhre her, als von einer spastischen Contraction derselben, hervorgerufen durch die Berührung des Bissens mit der hyperästhetischen Oesophagusschleimhaut. So hat Rosenheim einen Pat. mit Carcinom der Speiseröhre beobachtet, welcher selbst Wasser nicht ohne Beschwerden schlucken konnte, und der Beefsteak und Kartoffeln ohne Schwierigkeit herunterbrachte, nachdem er eine Morphiuminjection erhalten hatte. Für solche Fälle empfiehlt Rosenheim zur Linderung der Dysphagie folgende Pastillen, von welchen die Pat. vor jeder Mahlzeit 1—2 Stück im Munde vergehen lassen:

Rp. Morph. hydrochlor. 0,005
Cocain. hydrochlor. 0,0025
Antipyrin 0,1
Sacchar. 0,3
M. f. l. a. pastilla. D. tal. dos. No. XXX.

Durch Einspritzung von 2—3 cc. einer 1—4procentigen Silbernitratlösung mit Hülfe einer Spritze mit einer ungefähr 30 cm. langen Canüle, hat R. ebenfalls eine bedeutende Besserung der Dysphagie erzielt, indem auf diese Weise die Empfindlichkeit der Schleimhaut oberhalb der Geschwulst herabgesetzt wird. (Ibidem.)

— Behandlung des „weissen Flusses" mit Bierhefe. Landau empfiehlt zur Behandlung des gonorrhoischen und nicht gonorrhoischen weissen Flusses Injectionen von frischer Bierhefe. Die Hefe wurde alle drei Tage aus einer Brauerei bezogen und auf Eis aufbewahrt. Sie wurde durch Zusatz einer bestimmten Menge von Bier, resp. gährfähiger Würze in dickflüssigem Zustande erhalten, so dass sie sich in einer gewöhnlichen Tripperspritze einsaugen liess. Von der dickflüssigen

Hefe injicirt man nach Entfaltung des Vaginalrohrs 10—20 cc. in den Scheidengrund und entfernt die Instrumente, nachdem man einen Tampon vorgelegt hat. Der Tampon wird nach 24 Stunden entfernt. Scheidenausspülungen unterbleiben vollkommen. Bei Kranken, bei welchen das Hymen ganz oder relativ intact ist, wird ein dünnes Glas- oder Gummirohr durch die Hymenalöffnung eingeführt und durch dieses die Hefe in die oberen Scheideabschnitte eingespritzt. Nach 2—3 Tagen wird die Procedur wiederholt. Die Dauer der Behandlung schwankt von einer bis zu mehreren Wochen. Unangenehme oder schädliche Nebenwirkungen wurden niemals beobachtet, nur bei zwei Pat. trat ein Gefühl des Juckens in der Scheide auf, welches nach Injectionen mit Soda sofort aufhörte. Diese Behandlung wandte Landau in etwa 40 Fällen an, die meist ambulatorisch behandelt wurden. In mehr als der Hälfte der Fälle schwand unter der Behandlung, in einigen Fällen nach ein- bis zweimaliger Application jede macroscopisch nachweisbare Spur des Ausflusses. Diese Heilung blieb, auch nach Schluss der Behandlung fortbestehen. In einer anderen Anzahl von Fällen wurde zunächst dasselbe günstige Resultat erreicht. Nach längerem Aussetzen der Behandlung jedoch trat wieder Ausfluss auf. Bei einigen Kranken erfolgte nachweisbare Verminderung des Ausflusses, also Besserung, zum Theil in solchem Grade, dass sie subjectiv als Heilung empfunden wurde. Bei einigen Kranken endlich ergab die Behandlung objectiv kein Resultat. (Ibidem No. 8.)

— Gegen die Schmerzhaftigkeit der Injectionen von Oleum cinereum oder von in Oel suspendirten unlöslichen Quecksilbersalzen empfiehlt Bazin (Sem. méd. 1899, No. 13) einen Zusatz von Guajacol. purissim. im Verhältniss von 3 Procent. Folgende Formel wird von Lagrange empfohlen:

Rp. Ol. oliv. steril.	100.0
Hydrargyr. bijodat.	0.5
Guajacol. puriss.	3.0

M.D.S. Tägl. oder alle 2 Tage 2 gr. der Lösung in die Gesässgegend zu injiciren. (Ibidem.)

— Isaac hat in Werler's Poliklinik für Haut- und Harnkrankheiten in Berlin eingehende Untersuchungen über die Behandlung der Genitalgeschwüre mit Itrol angestellt und ist zu dem Schlussresultat gekommen, dass das Itrol auf die Genitalgeschwüre diejenige Wirkung ausübt, welche man von einem guten Schankermittel verlangen muss, d. h. es bringt selbst die infectiösesten fressenden Geschwüre dadurch zur Heilung, dass es dieselben sicher und möglichst schnell in gutartige, einfache Wunden umwandelt, welche alsdann auf dem Wege der Ueberhäutung und Vernarbung einer völligen Heilung entgegengehen. Nicht nur einfache Erosionen, syphilitische Geschwüre primärer und secundärer Natur — welche ja auch ohne besondere locale Therapie wahrscheinlich geheilt wären —, sondern auch die infectiösen, speckig belegten ulcera mollia, ja sogar die eine schwere Infection darstellenden ulcera gangraenosa heilten unter alleiniger Itrolbehandlung anstandslos in kurzer Zeit, indem der virulente Geschwürsgrund sich bald von dem speckigen, necrotischen Belage reinigte und in eine gesunde, granulirende,

kirschroth gefärbte Wundfläche umwandelte. Diese Wirkung erzielt das Itrol vor Allem durch seine starke bactericide Kraft, indem es, selbst in dünnster Schicht als Pulver aufgestäubt, einen lang dauernden antiseptischen Einfluss ausübt. (Zeitschr. für prakt. Aerzte 1899, Heft 8.)

— In der Deutsch. med. Wochenschr. (1899, 9. März) berichtet Peters über einen Fall von Puerperalfieber, in dem mit der Anwendung von Unguentum Credé ein ausgezeichneter Erfolg erzielt worden war. Die Lochien waren übelriechend, Temp. 39,4° C. Es wurde eine Einreibung von 3 gr. Unguent. Credé gemacht. Nachmittags war die Temp. 39,2° C. Bis zum nächsten Morgen war dieselbe bis auf 38,6° zurückgegangen, und es wurde eine zweite Einreibung gemacht; Temp. Nachmittags 38,2°. In den nächsten 5 Tagen wechselte die Temp. zwischen 38,6° und 37,2°. Dann wieder allmähliger Anstieg auf 38,7°, verursacht durch Phlegmasia alba dolens am linken Bein, die local mit Priessnitzumschlägen behandelt wurde und ohne Abscessbildung wieder verschwand. Bis zum 15. Krankheitstage wurden vier weitere Einreibungen gemacht, die Temp. fiel auf 37,8°. Zehn Tage später trat auch am rechten Bein Phlegmasie auf; gleiche Behandlung wie zuvor, drei weitere Einreibungen. Vollständige Heilung, nachdem zuerst die Prognose sehr infaust gewesen war.

Kleine Mittheilungen.

— Herr Dr. Michel, der frühere Redacteur dieser Monatsschrift, ist am 12. vorigen Mts. nach Europa abgereist, um sich in Lugano, Schweiz, niederzulassen.

— Am 8. April hielt Herr Dr. Carl Beck, 37 Ost 31. Strasse, seinen 2. Röntgenabend ab, welcher von einer stattlichen Anzahl von Collegen besucht war. Die von Seiten des liebenswürdigen Herrn Gastgebers vorgenommenen überaus interessanten Demonstrationen waren im Wesentlichen folgende:

Vorstellung neuer Deutscher Tuben, welche eine bedeutende Durchleuchtungsfähigkeit besitzen und somit einen grossen Fortschritt auf dem delicaten Gebiet der Skiagraphie bedeuten. Fälle:

1) Ein Fall von completem Situs transversus viscerum, bei welchem wegen Cholelithiasis eine linksseitige Cholecystostomie ausgeführt worden war.

2) Enormes Aortenaneurysma, dessen intrathoracale Ausdehnung mittelst Fluroscops beobachtet werden kann. (Beide Fälle sind in früheren Nummern der Med. Monatsschrift beschrieben.)

3) Fünfjähriger Junge, an welchem vor einigen Wochen eine Thoracoplastik wegen altem Pyothorax vorgenommen war und an welchem das Fluoroscop die Neuformation von Knochengeweben an den resecirten Stellen erkennen liess.

4) Pistolenschuss in die rechte Schläfe. Die Kugel hatte das rechte Auge quer durchbohrend zerstört (demonstrirt von Dr. R. Denig), war dann durch Nase und linkes Antrum Highmori gedrungen und im linken Processus pterygoideus stecken geblieben. Die Loca-

lisation war durch Zusammenrechnen von seitlich und frontal genommenen Skiagrammen annähernd bestimmt worden. Immerhin hatte die Entfernung des völlig abgeplatteten Geschosses grosse Schwierigkeiten verursacht.

5) Congenitale Fractur von rechtem Radius und Ulna, mit Silberdraht erfolgreich vereinigt bei einem Knaben, dessen rechte Hand sich durch Abwesenheit der Phalangen auszeichnet. Im oberen Drittel desselben Armes hochgradige Einschnürung. Humerus bloss von Haut bedeckt, weshalb mehrere plastische Operationen vorgenommen waren, welche in der Vereinigung von Deltoideusfasern mit Bi- und Triceps bestanden. Die Brachialis nur schwach pulsirend. Es ist deshalb anzunehmen, dass die arterielle Ernährung grossentheils durch Knochenanastomosen vor sich geht.

6) Fractur des Radiushalses 1½ Stunden nach der Verletzung photographirt und nunmehr — 2 Tage später — durch den Gipsverband durch wahrnehmbar.

7) Querfractur der Patella, im Beisein der Collegen photographirt und Bild entwickelt. Pat. kann ohne Verband zum allgemeinen Erstaunen ohne nennenswerthe Beschwerden umhergehen. Die Fractur ist 6 Tage alt und war bisher gar nicht ärztlich behandelt worden. Pat. war heute in das St. Mark's Hospital zu Fuss gegangen.

Hieran schloss sich der feuchtfröhliche Theil, und alle dabei Anwesenden werden noch lange mit Vergnügen den Röntgenabend bei Herrn Dr. Carl Beck im Gedächtniss behalten.

— Der achte Congress der Deutschen Gesellschaft für Gynäcologie findet vom 24.—27. Mai ds. Jahres in Berlin unter Olshausen's Vorsitz statt. Hauptthemata sind: „Behandlung der Myome" und „Puerperalfieber."

— Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten in Preussen erliess kürzlich folgendes Rundschreiben: „Zusammengesetzte Tabletten (komprimierte Arzneimittel) fabrikmässiger Herstellung, deren Dosierung der Apotheker nicht prüfen, daher auch nicht gewährleisten kann, dürfen in Apotheken nicht vorräthig gehalten werden. Zusammengesetzte Tabletten müssen vielmehr auf jedesmalige ärztliche Verordnung besonders hergestellt we-den." Hierzu bemerkt die „Deutsche Praxis" Folgendes: Wir sind weit entfernt davon, Gründe, die für oder gegen diese Maassnahme sprechen, wie dies von anderer Seite geschehen ist, hier vorzubringen. Damit kann der Sache nicht gedient sein, denn die massgebenden Leiter im Medizinalministerium werden für ihr Vorgehen auch die Verantwortung übernehmen. Unklar und widersprechend ist uns die Massnahme nur aus einem Grunde, und zwar weil erst vor kurzem ein Urtheil über die Tabletten einer Fabrik von den Herren Professoren Ludwig-Wien, N. Witt-Berlin und Pouchet-Paris durch die medizinische Presse ging, welche in fraglichen Punkten so günstig lautete. Darnach ergaben die von Prof. Ludwig-Wien, Prof. N. Witt-Berlin und Prof. Pouchet-Paris (an selbstständig angeschafften, nicht von der Firma übersandten Tabletten) vorgenommenen Analysen eine Genauigkeit in der Dosierung, die der eine Untersucher (Geh.-Rath Witt) als geradezu bewunderungswürdig

bezeichnet. „Die auf maschinellem Weg hergestellten Präparate übertreffen an Genauigkeit in Gewicht und Gehalt weitaus das, was durch Abwägen der einzelnen Portionen mit der Hand selbst bei grösster Sorgfalt zu erreichen gewesen wäre." In No. 8 der „Ther. Monatsh." macht O. Liebreich von Neuem wieder darauf aufmerksam, dass die Tabletten durch diese bisher unerreichte Präzision der Dosierung, sowie durch die Bequemlichkeit und Compendiosität und ihre lange Haltbarkeit die idealste Form der Darreichung von Arzneien darstellen. Ihre Handlichkeit macht sie für den Gebrauch bei Expeditionen, in Feldzügen etc. besonders geeignet. Das preussische Kriegsministerium soll auch die Tabletten bei sich eingeführt haben. Wie erklären sich nun diese Dinge zu dem Vorgehen des preussischen Medizinalministeriums? (Deutsche Praxis 1899, No. 5.)

— Aethermissbrauch in Ostpreussen. Vor einigen Jahren wurde bereits auf die Zunahme des Aetherconsums als Berauschungsmittel in Irland aufmerksam gemacht. Nun stellt sich heraus, dass in Ostpreussen, namentlich in den Kreisen Memel und Heydekrug der Genuss von Aether als Ersatz für Alcohol in den ärmeren Volksschichten in einer ganz ungewöhnlichen Weise verbreitet ist. Nach den Ausführungen von Dr. Sommer (Altenburg) datirt der allgemeine Consum von Aether, dem besonders vom weiblichen Geschlechte gefröhnt wird, von der Branntweinsteuererhöhung vom Jahre 1887 und hat seitdem in ungeahnter Weise zugenommen. Während der Trinkbranntwein im Preise erheblich erhöht wurde, ist dies beim Aether, der aus steuerfreiem Alcohol hergestellt wird, nicht der Fall gewesen, und zur Zeit ist Aether selbst im Kleinhandel billiger erhältlich als Branntwein. Im Kreise Memel z. B. kostet 1 Liter Trinkbranntwein Mk. 1.30, 1 Liter Aether aber bloss Mk. 1. Ausserdem kommt für die rasche Ausbreitung dieser Unsitte noch in Betracht, dass die Wirkung des Aethers, besonders die angebliche innere Erwärmung bedeutend schneller erreicht wird, und dass die „Katersymptome" wesentlich angenehmer verlaufen sollen, als beim Branntwein. Der Aether wird gewöhnlich mit Trinkbranntwein vermischt, im Verhältniss von 1:2—3; indessen soll auch reiner Aether getrunken werden und zwar bis zu ¼ Liter auf einmal. (Neurol. Centralbl. No. 5. Ref. in Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte, 1899, No. 7.)

— Nach einer im preussischen Cultusministerium aufgestellten Statistik über die Erkrankungen und Todesfälle an Tollwuth in Folge Bissverletzungen von Menschen durch tollwuthverdächtige Thiere starben im Jahre 1898 an Tollwuth von 100 der nicht ärztlich Behandelten 7,69, der ärztlich Behandelten, aber nicht Geimpften 2,31, der nach Pasteur Geimpften kein Verletzter. Es wird daher amtlicherseits empfohlen, bei jeder Bissverletzung durch ein wuthverdächtiges Thier sobald wie möglich die Schutzimpfung im Institut für Infectionskrankheiten in Berlin vornehmen zu lassen. (Münch. med. W. 1899, No. 13.)

— Welche Früchte die fortwährende Sucht einzelner Aerzte, die medicinische Terminologie zu verbessern, zeitigt, wird durch Folgendes illustrirt: In dem Journ. of the Am. Med. Association (1899, No. 11) findet sich eine nahezu drei Spalten lange Arbeit von Alfred E. Regensburger, M.D., Professor der Dermatologie in

San Francisco, die betitelt ist: „Why Sycosis? A Plea for the Abolition of the Term.“ Es würde sich nicht der Mühe lohnen, den Gedankengang der R.'schen Arbeit auch nur andeutungsweise hier wiederzugeben. Sie beginnt „Was ist Sycosis? Ich weiss es nicht“, und schliesst mit folgendem Resumé: „Welche Vorstellung erweckt das Wort Sycosis? Es sagt uns nicht, ob wir es zu thun haben mit Eczem, mit Acne, oder mit einer Combination beider Leiden, oder mit einem bestimmten clinischen Complex oder mit einem pathologischen Zustand oder Status sui generis. Es gibt uns keine Andeutung betreffs der Pathologie, wirft kein Licht auf die Aetiologie, erklärt nicht die Symptomatologie, noch giebt es uns irgend eine therapeutische Indication. Was thut es? Welches Recht hat es, zu existiren? . . . Was ist durch die Beibehaltung eines solchen Wortes, das absolut sinnlos, ein Ueberbleibsel aus vergangenen Tagen ist, gewonnen? Eine dermatologische, barbarische Monstrosität! Entfernt das Wort; es ist sicher ohne Nutzen. Derartige Auswüchse bilden nur Fesseln und sind dem Fortschreiten der Dermatologie im Wege. Wenn wir ein Wort aus technischen Gründen haben müssen, ein Wort geschaffen in descriptivem Sinne — eine klinische Annehmlichkeit, einen Conventialismus — so wollen wir wenigstens ein Wort haben, das mehr philosophisch ist, das einen Begriff enthält, das mit den modernen Anschauungen und den neuesten Fortschritten unserer grossen Specialität — Dermatologie — übereinstimmt. Aber wir brauchen kein neues Wort, wir haben deren schon zu viele. Warum heissen wird die Krankheit nicht Dermatitis barbae, follicularis oder catarrhalis, je nachdem das eine oder andere Symptom mehr vorherrschend oder ausgesprochen ist. Diese Bezeichnung würde ohne Zweifel dem Wort Sycosis vorzuziehen sein.“ Also Dermatitis barbae, Hautentzündung des Bartes!! Das ist das Zauberwort, das uns Aetiologie, Pathologie, Symptomatologie und sogar die Therapie eines Leidens ahnen lässt, das man bis jetzt sinnlos und voll Unverstand mit der „barbarischen Monstrosität“ Sycosis bezeichnet hat, oder auch, was Dr. R. entgangen zu sein scheint, Folliculitis barbae. Letztere Bezeichnung hat einen Sinn, besonders auch in pathologischer Beziehung, und Dermatitis barbae ist — Unsinn. Nichtsdestoweniger findet der Vorschlag R.'s den ungetheilten Beifall des New York Med. Journ. (1899, No. 13), was Dr. Achilles Rose, New York, wiederum Veranlassung giebt, in einem Brief „To the Editor“ (veröffentl. in N. Y. Med. Journ. 1899, No. 15) den Ausdruck Dermatitis barbae als einen höchst unglücklichen zu bezeichnen. „Erstens ist es vor Allem ein „„hybrid term““, und, zweitens, ist es etwas Unmögliches: wir könnten gerade so gut von einer Dermatitis des Strohhutes sprechen. Der schon bestehende synonyme Ausdruck, Acne mentagra, ist, obwohl ein Bastardwort, trotzdem vorzuziehen.“ Darauf Erwiderung des Editors des Journals. Dieser erkennt die Einwände Dr. Rose's nicht an und frägt ihn, ob er dann auch von der Hydrocele des Samenstrangs sagen wolle, dass sie so unmöglich sei wie eine Hydrocele der Hosen. So weit Dr. Rose und das New York Med. Journal. Am Besten betrachtet man die ganze Angelegenheit von der humoristischen Seite, dazu geschaffen, etwas Erheiterung in unseren ernsten ärztlichen

Beruf zu bringen. Practische Folgerungen werden sich wohl kaum daraus ergeben. Denn die grosse Mehrzahl der Aerzte ist gewohnt, sich weniger um solche Aeusserlichkeiten zu kümmern, als um das Wesen der Krankheiten und um die dadurch zu findenden Mittel und Wege, die Kranken von ihren Leiden zu befreien oder, wenn dies nicht möglich, ihnen dieselben zu erleichtern.

— Im Verlage von Ferdinand Enke in Stuttgart beginnt soeben zu erscheinen: Handbuch der Practischen Chirurgie, herausgegeben von Prof. von Bergmann und Prof. von Bruns in Verbindung mit zahlreichen Mitarbeitern. Das Werk erscheint in ca. 20 Lieferungen und ist auf vier Bände berechnet. Die erste Lieferung ist soeben erschienen, die Schlusslieferung wird im Laufe des nächsten Jahres zur Ausgabe gelangen.

— Verzogen: Dr. F. Becker-Laurich nach 149 West 12. Strasse. Dr. W. Steffens nach 312 Ost 120. Strasse. Dr. S. Schaie nach 1386 Lexington Ave. Dr. Justin Herold nach 325 Ost 87. Strasse. Dr. S. A. Knopf nach 16 West 95. Strasse.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

Dr. A. RIPPERGER,
126 E. 122d St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XI. New York, Juni 1899. No. 6

ORIGINALARBEITEN.

Aetiologie und Behandlung der Nachwehen.*

Von

S. Marx, M.D.,

Chirurg an dem New York Maternity Hospital.

Dem Titel nach zu urtheilen, muss es eigentlich als eine Anmassung erscheinen, mit einem Vortrage über einen so alltäglichen Gegenstand wie der vorliegende vor eine Versammlung practischer Aerzte zu treten. Nichtsdestoweniger lässt sich über diesen Abschnitt der Geburtshülfe thatsächlich mehr sagen, als man eigentlich glauben sollte, umsomehr als im allgemeinen die Nachwehen als ein physiologischer Vorgang betrachtet werden. Wir alle wissen, worin sie bestehen, nämlich in schmerzhaften Contractionen des Uterus, die wahrscheinlich immer physiologisch sind und bleiben, so lange sie nur in geringem Maasse vorhanden und von kurzer Dauer sind, die aber durch die Zunahme an Stärke oder Zeitdauer oder durch beides pathologisch werden, ebenso wenn sie von allgemeinen Störungen, wie Steigerung des Pulses und der Temperatur begleitet sind, oder wenn sie bei einer Primipara vorkommen. Ich gehe sogar weiter und behaupte, dass Nachwehen bei einer Erstgebärenden, selbst wenn Störungen des Allgemeinbefindens fehlen, stets als pathologisch anzusehen sind und eine sorgfältige Untersuchung und Forschung nach etwaigen causalen Faktoren erheischen. Bei Mehrgebärenden sollten Nachwehen, die erst gegen das Ende des Puerperiums erscheinen, im Arzte den grössten Verdacht erregen. Denn gewöhnlich findet man in diesen Fällen einen

* Vortrag, gehalten vor der Harlem Medical Association am 8. Mai 1899.

Uterus, der noch sehr mangelhaft zurückgebildet ist, ferner einen spärlichen oder gar keinen, oder andrerseits sehr reichlichen andauernden Ausfluss, was einen durch hohe Temperatur und verhältnissmässig langsamen Puls begleiteten saprämischen Zustand kennzeichnet.

Was die Diagnose der Nachwehen anbetrifft, so wird dieselbe in den meisten Fällen durch directe Beobachtung der schmerzhaften Uteruscontractionen gestellt. In manchen Fällen jedoch findet man den Sitz der Schmerzen, obgleich dieselben streng das Wesen und die Beschaffenheit von Nachwehen innehalten, weit vom Uterus entfernt. So kommen zum Beispiel Krämpfe in den Muskeln der Bauchwand, der Oberschenkel oder der Unterschenkel, sämmtliche als Ausdruck von entfernten Uteruscontractionen vor. Diese Muskelzusammenziehungen finden nicht selten während der Geburt statt, und bei verschiedenen Gelegenheiten habe ich Frauen entbunden, deren einzige Wehen sich auf heftige Contractionen der Ober- und Unterschenkelmuskeln beschränkten, und nie auf den Uterusmuskel bezogen wurden. Gallensteinkoliken sind meiner Erfahrung nach nicht gar so selten, sowohl während als auch nach der Geburt vorhanden. Man muss an diese Zustände denken, da ein derartiger Fehler in der Diagnose den Arzt leicht in eine schiefe Lage bringen könnte. Einer der räthselhaftesten Fälle, deren ich mich augenblicklich erinnere, war der einer jungen Frau, einer Patientin des Dr. Wolff. Während eines Zeitraums von 36 Stunden nach der Geburt war ich nicht im Stande, die Diagnose zu stellen. Aber da ein leerer Uterus constatirt werden konnte, so durfte, selbst trotz des Vorhandenseins von schmerzhaften Zusammenziehungen in diesem Organ, die Diagnose Gallensteinkolik auf Grund des Icterus und des hellfarbigen Stuhles etc. gestellt werden. Nachdem Dr. Wolff mir beigestimmt hatte, wurde die Patientin aus meiner Behandlung entlassen und von ihm selbst demgemäss behandelt. Sie bekam später noch eine Anzahl derartiger Anfälle.

Man bedenke, dass Nachwehen stets als ein pathologischer Zustand anzusehen sind bis ihr physiologischer Charakter absolut bewiesen ist. Ferner behaupte ich, dass die Patientin zuerst im allgemeinen vom Standpunkte des inneren Klinikers zu untersuchen ist und erst dann von dem des geburtshülflichen Specialisten, wenn wir alles andere ausser eines localen pathologischen Vorganges ausschliessen können.

Während bei einer Cellulitis in vielen Fällen ausser Rückenschmerzen keine anderen Symptome vorhanden sind, so geben schmerzhafte Uteruscontractionen häufig einen Anhaltspunkt über den Sitz der Krankheit. Mit der Temperatur- und Pulserhöhung müssen wir eine acute Entzündung erwarten, die, wie der untersuchende Finger des sorgfältigen und geschickten Accoucheurs lehrt, ihren Sitz zwischen und auf den Peritonealfalten des breiten Ligamentes hat.

Aetiologie: Sind kräftige Contractionen durch völlige Entleerung des Uterus sowie durch Massage und eine volle Dosis Ergot hervorgerufen worden, so werden Nachwehen selten vorkommen, und sollte es trotzdem unter diesen Umständen der Fall sein, so können diese Nachwehen, falls sie gleichzeitig von kurzer Dauer sind, als physiologisch angesehen werden. Nachwehen werden manchmal als Folgen therapeutischer Massnahmen beobachtet und verschwinden nicht, bevor nicht die Ursache entfernt ist. Hiebei nehme ich speciell Bezug auf die Anwendung des Ergots. Während ich immer an der Anwendung kleiner Dosen Ergots während des Puerperiums festgehalten habe, so bin ich doch vollkommen überzeugt, dass manchmal von solcher Anwendung unangenehme Nachwirkungen resultiren. In solchen Fällen treten sehr starke und schmerzhafte Uteruscontractionen innerhalb 10—15 Minuten nach der Darreichung auf und halten an, bis die Medizin ausgesetzt wird. Dies ist nur die Folge einer persönlichen Idiosyncrasie, und bei solchen Patienten müssen wir die üblen Wirkungen des Ergots durch dessen Verbindung mit anderen Mitteln oder bei gänzlicher Beiseitelassung des Ergots durch andere therapeutische Mittel bekämpfen. Eine andere üble Nachwirkung des Ergots, ausser der oben angeführten, besteht in heftigem Kopfweh, Schwindel und Schwächegefühl, unzweifelhaft durch die spastische Contraction der Gehirngefässe hervorgerufen. Dies kann leicht durch gleichzeitige Darreichung von 1-100—1-25 Gr. Glonoin mit jeder Dosis Ergot beseitigt werden. Sollte es trotzdem noch weiter bestehen, so ist es rathsam das Ergot ganz weg zu lassen und anstatt dessen solche Oxytocica wie Chinin oder Strychnin anzuwenden. Die häufigste Ursache jedoch, besonders bei Primiparis, ist die Retention von Theilchen der Placenta, der Membranen oder von Blutgerinseln etc. Um sich fest contrahiren zu können, muss der Uterus leer sein, widrigenfalls sich die Natur in entschiedener Weise geltend machen wird, in-

dem sie die Gegenwart eines Fremdkörpers im Uterus nicht gestattet. In den meisten Fällen wird sie in ihren Bemühungen erfolgreich sein, aber wo dieselben durch pathologische Adhäsionen solcher sogenannter Fremdkörper fruchtlos sind, werden bald die Symptome einer entschiedenen Störung des Allgemeinbefindens auftreten. Eine volle Blase hat häufig einen starken Einfluss auf die Hervorrufung dieser Schmerzen. Selbst wo uns gesagt wird, dass die Blase leer ist, ist dies häufig nicht der Fall. Wir haben uns zur Regel gemacht, beim Vorhandensein gewisser wahrnehmbarer Anzeichen, einen Catheter einzuführen um den Residualharn aus der Blase vollständig zu entfernen. Bei voller Blase sind die localen Anzeichen vollkommen charakteristisch, i. e. wir finden die Lage des Fundus uteri schlecht definirt auf Grund einer Lageveränderung des Uterus entweder seitlich oder nach rückwärts. Hierdurch tritt natürliche eine Veränderung der Axenverhältnisse mit theilweiser Atonie ein, und bei den Versuchen von Seiten des Uterus, die zurückgebliebenen Gewebe auszustossen und die Lageveränderung zu corrigiren, treten sehr heftige, ausgesprochene Nachwehen auf. Retroversion eines frischen puerperalen Uterus, bedingt durch das Gewicht seines Fundus, ruft sehr heftige Symptome hervor. Ich erinnere mich eines Falles, wo eine derartige Lageveränderung des Fundus einen vollständigen Darmverschluss verursachte. Die Nachwehen waren sehr intensiv, das Abdomen stark tympanitisch, und da zu gleicher Zeit noch eine Steigerung der Temperatur und des Pulses vorhanden war, so machte der Fall ganz den Eindruck einer acuten allgemeinen Peritonitis. Die Patientin wurde in die Knie-Brustlage gebracht und ein starkes Darmrohr in das Rectum eingeführt, was sofortiges Verschwinden der Symptome zur Folge hatte. Blutgerinnsel im Cervix geben häufig Anlass zu Nachwehen. Physiologisch im wahrsten Sinne des Wortes sind dieselben als häufige Nachfolge des Säugens, und wenn die Stärke solcher Nachwehen zunimmt, so suchen wir erfahrungsgemäss in den Brüsten nach den Ursachen, wie beispielsweise in Excoriationen oder Einrissen an den Brustwarzen oder möglicher Weise einer beginnenden Mastitis. Ich bin der Meinung, dass vorübergehende Nachwehen häufig die Folge des Säugens sind, jedoch sind dieselben nicht von anhaltender Dauer. Sollte dies jedoch der Fall sein, so muss man einer tiefer liegenden Ursache nachforschen. Ein beständiger ziehender Schmerz lässt sich nicht mit der Diagnose der Nach-

wehen vereinigen, denn dann haben wir es in der Mehrzahl der Fälle mit einer periuterinen Entzündung zu thun. Ein weiterer aetiologischer Faktor, der oft die Ursache heftiger Störungen sein kann, ist ein überfülltes Colon, welches die normalen Lageverhältnisse des Uterus bedeutend verändern kann. Eine Prädisposition zu Nachwehen ist in langen, ermüdenden und schwierigen Geburten bei Multiparis vorhanden und muss als physiologisch angesehen werden. Primiparae andererseits sind, falls normale Bedingungen vorhanden sind, niemals zu Nachwehen prädisponirt wegen der ausserordentlichen Kraft und Lebensfähigkeit der uterinen Muskelfasern. Irgend eine Ursache, die die Kraft der Frau vermindert oder eine Degeneration der Muscularis des Uterus, wie sie bei sehr fetten Frauen vorkommt, prädisponiren in hohem Grade zu heftigen Nachwehen.

Behandlung.

Die Behandlung zerfällt natürlicherweise in zwei Theile:

1) Prophylaxis.

2) Eigentliche Behandlung.

Unter der Prophylaxis müssen wir nothwendigerweise diejenigen aetiologischen Factoren, die zu Nachwehen prädisponiren, im Auge halten und nöthigenfalls behandeln. Nach der Geburt der Placenta muss feste Contraction durch Massage hervorgerufen werden, sowie durch eine gute Dosis Ergot. Da behauptet wird, dass Nachwehen am häufigsten durch Retention von Gewebsfetzen hervorgerufen werden, so ist es wohl angebracht, ein paar Worte über die Geburt der Eihäute und der Placenta zu sagen, um zu sehen, auf welche Weise dieselbe aufs Beste gefördert werden kann. Dies führt mich, mit der Bitte meine Weitschweifigkeit zu entschuldigen, zu der Behandlung des 3. Geburtsstadiums. Sobald das Kind geboren ist, wird die Nabelschnur auf eine Weise, die, soweit mir bewusst ist, von mir herrührt, abgebunden. Man braucht drei Ligaturen, zwei davon an den gewöhnlichen Stellen. Sodann zieht man vorsichtig an der Nabelschnur bis sie straff ist und bindet sie knapp an der Vulva ab. Der Grund hierfür ist folgender: Die Nachgeburt kann sich nicht vorwärts bewegen ohne die Nabelschnur vor sich herzustossen, so dass die Lage der 3. Ligatur genau angiebt, wo die Nachgeburt ist. Befindet sich die Ligatur noch an der Vulva, so hat sich die Placenta nicht bewegt, ist die Ligatur jedoch 3—4 Zoll von der Vulva entfernt, so muss die Nach-

geburt in der Vagina liegen. Dies mag anfänglich als eine unwichtige prophylaktische Maassnahme erscheinen, wenn man jedoch, wie es mir schon so häufig passirt ist, gerufen wird um eine adhärente Placenta zu entfernen, und dieselbe dann in der Vagina oder im Cervix findet, so wird man zugeben, dass eine derartige Maassnahme wenigstens das äusserst seltene Vorkommen einer adhärenten Placenta beweist. Da unserer Ansicht nach die Loslösung der Placenta mit den ersten kräftigen Uteruscontractionen anfängt, so machen wir den Versuch, die Nachgeburt bei den ersten guten Wehen nach Geburt des Kindes auszudrücken. Sollte die Placenta nicht leicht folgen, so wende man bei jeder Uteruscontraction wiederholt die Credé'schen Manipulationen an. Sollte dies auch noch nicht genügen, so ist eine Modification der Kristeller'schen Methode immer erfolgreich, ausser in Fällen von totaler Adhärenz. Bei der Kristeller'schen Methode werden beide Hände zusammen gebracht, indem jede für sich die Credé'sche Handgriffe macht, die Daumen liegen gegen einander in der Mitte, der Operateur steht mit dem Gesicht gegen die Patientin. Wenn die Placenta vollkommen adhärent ist, so bleibt nichts als manuelle Entfernung übrig, und in diesem Falle stehen wir einer der schwierigsten und ermüdendsten Manipulationen gegenüber, mit denen der Accoucheur zu thun hat. Die erste Schwierigkeit, auf die wir stossen, ist die, zu unterscheiden wo Placenta aufhört und Uterusmuskel anfängt, so innig ist der Zusammenhang in diesen typischen Fällen. Es ist immer wünschenswerth, diese Fälle immer dort anzugreifen, wo wir einen deutlichen Abschälungspunkt finden. Die Placenta muss ausgegraben werden, jedoch muss man dabei immer bedenken, dass zu tiefes Eindringen tiefe Läsionen der Muscularis mit möglicher Eröffnung des Peritoneums verursachen kann, oder dass einfaches Abkratzen der placentaren Oberfläche zu viel dieses Organes zurücklassen würde. Wo die goldene Mittelstrasse zu finden ist, kann nur durch den Finger des erfahrenen Accoucheurs bestimmt werden. In den Fällen, wo ich, ohne das Leben der Patientin zu gefährden, nicht sämmtliches Placentargewebe entfernen kann, was, beiläufig bemerkt, gar nicht selten ist, stopfe ich den Uterus fest mit Gaze aus. Diese wird nach 36 Stunden herausgenommen und findet man, dass dann die Ueberbleibsel der Nachgeburt leicht zu entfernen sind. Sollte die Adhäsion jedoch immer noch eine feste sein, so

ist eine nochmalige Ausstopfung angezeigt, und damit fortzufahren bis der Uterus rein ist.

Wenn die Placenta geboren wird, wird sie langsam nach unten und rückwärts zu in der Achse des oberen Canals gezogen, niemals aber rasch und, unserer Erfahrung nach, niemals gedreht. Man sollte versuchen, mit der foetalen Seite nach aussen zu entwickeln und, liegt irgend eine andere Lage vor, so kann man dies leicht erreichen, indem man das Organ einfach herumdreht. Von noch grösserer Wichtigkeit ist die Entwicklung der Membranen. Auch hier ist ein Drehen niemals rathsam, da man hiedurch aus den Eihäuten einfach ein Seil macht und dieselben infolgedessen leichter zum Reissen bringt. Die Unversehrtheit der Eihäute wird besonders durch zwei Factoren gefährdet, nämlich erstens, durch feste Contraction sowohl des Uteruskörpers als auch des Cervix, was ein Abreissen begünstigt; zweitens, durch falsches Ziehen, ohne auf die Richtung der Beckenachse Rücksicht zu nehmen. Sobald man fühlt, dass die Eihäute im Cervix eingeklemmt sind, soll man den Uterus gehen lassen, damit er sich relaxirt. Ferner muss die Zugrichtung in der Achse des Beckeneingangs stattfinden. In den meisten Fällen genügt das Gewicht der Nachgeburt, die in der Hand ruht und soweit wie möglich, selbst bei erhöhtem Steisse, nach hinten zu geschoben wird, um die Eihäute ohne Drehung zu entwickeln. Sollte trotzdem die Gefahr des Reissens vorhanden sein, so schneide man sie mit der Scheere durch, umwickle das schlüpfrige Ende mit einem Stückchen trockener Watte und ziehe direct nach unten und rückwärts. Ich bin entschieden dagegen, in jeden Uterus einzugehen, wo der Verdacht der möglichen Retention irgend eines kleinen Fetzens der Eihäute oder der Placenta vorhanden ist. Ich gebe zu, dass dies eine etwas gewagte Ansicht ist. Trotzdem glaube ich, dass, wenn der Accoucheur von Anfang an rein ist und die Frau es dann selbstverständlich auch ist, durch diese abwartende Behandlung kein Schaden gethan wird, wenigstens nicht in den meisten Fällen. Viel schädlicher kann eine nachlässig ausgeführte Exploration werden. In diesen Fällen ist mein Motto: „Non nocere." Wir wissen, was zu erwarten steht, und, wenn nöthig, können wir jeder Zeit energisch und mit Verstand einschreiten. Solche Symptome als heftige Nachwehen, Subinvolution des Uterus, gesteigerter Puls, ein reichlicher oder übelriechender Ausfluss geben eine deutliche Indication zu operativem Eingriff. In der weitaus grössten Mehrzahl wird der

Fremdkörper gewöhnlich in einigen Stunden ausgestossen. Indem man auf oben angegebene Weise verfährt, um den Uterus durch natürliche Maassnahmen zu entleeren, beugt man am besten dem Eintreten von Nachwehen vor. An jede mögliche Ursache muss gedacht und sorgfältig danach geforscht werden. Man entleere Blase und Rectum auf gewöhnliche Weise, bei Lageveränderung des Uterus suche man Reposition desselben sowohl auf mechanischem Wege als auch durch Positionsänderung von Seiten der Patientin zu erlangen. Sollten die Lochien in Folge von Rückenlage einen schlechten Abfluss aus dem Uterus finden, so lasse man die Patientin im Bett aufsitzen. Fissuren und Excoriationen der Brustwarzen, sowie Mastitis behandle man auf rationelle Weise. Nachwehen in Folge von Ergot oder anderer therapeutischer Mittel erfordern eine Aussetzung derselben, oder man muss, im Fall sie starkes Kopfweh verursachen, solche Mittel hinzugeben, die die Blutgefässe erweitern, wie Nitroglycerin, Nat. nitros., Spir. aeth. nit. etc. Ein starkes Senfpflaster auf den Rücken oder ein Priessnitz'scher Umschlag sind gewöhnlich sehr angenehm. Grosse Kälte, in der Form von Ethyl — oder Aether-Sprays oder Eisblase angewandt, oder sehr heisse Gummiflaschen über den Uterus gelegt, rufen gewöhnlich eine permanente feste Contraction des Uterus hervor und verhindern auf diese Weise das Vorkommen von Nachwehen. Sind die Nachwehen nicht heftig, so sind sie von Nutzen und brauchen nicht behandelt zu werden. Manchmal jedoch sind sie physiologischer Weise intensiv bei neurotisch angelegten Frauen oder bei solchen, bei denen eine pathologische Ursache nicht zu entdecken ist. Eine grosse Gabe Morphin würde angezeigt sein, allein wegen seiner störenden Nachwirkungen, sowie seines Einflusses auf Nieren und Darm, können wir es trotz seines grossen Werthes nicht empfehlen. Von milderer, angenehmerer Wirkung, ohne die üblen Eigenschaften des Morphins zu haben, ist Codein, subcutan oder per rectum gegeben. Dies ist eines unserer besten Mittel. Allen anderen Mitteln jedoch vorzuziehen ist Chloral in Gaben von gr. x in Milch jede Stunde, bis die Nachwehen verschwinden. Dieses Mittel übt geradezu eine wunderbare Wirkung auf diese Art von Schmerzen aus. Wenn diese soeben angegebenen Medizinen aus irgend einem Grunde nicht angewandt werden können, so giebt es noch zwei andere, deren man sich mit Erfolg bedienen kann, nämlich erstens der Tinctur oder des Ext. Fl. Gelsemii, welches von besonderem Werthe ist,

wenn die Nachwehen sehr heftig und spasmodischer Art sind, und zweitens einer Verbindung von ¼ gr. Ext. Cannabis Ind. mit kleinen Dosen Strychnin alle 2 Stunden, obgleich dieses letztere Mittel von etwas geringerem Werthe ist als ersteres. Die Theerkohlenproducte gebrauchen wir trotz ihrer analgetischen Eigenschaften nie, aus Gründen, die auf der Hand liegen und zu zahlreich sind, um sie aufzuzählen.

Erfahrungen über Appendicitis.*

Von

Dr. Henry J. Wolf, New York.

Herr Präsident und meine Herren: Der Zweck dieser Zeilen ist, an der Hand meiner persönlichen Kasuistik von Appendicitis-Fällen die Hauptpunkte zur Stellung der Früh-Diagnose und die Indikation zur radikalen Behandlung des Leidens, vom internen Standpunkte aus, zu illustriren. Betonen möchte ich von vornherein, dass ich im folgenden fast durchweg nur meine persönliche Erfahrung berücksichtige und aus ihr meine Schlussfolgerungen ziehe. Ich habe mich deshalb mit Absicht enthalten die Ansichten anderer Autoren zu citiren.

Dass die Appendicitis, mit anderen ernsten Krankheiten verglichen, ungemein häufig vorkommt, beweisen mir 66, hauptsächlich in den letzten drei Jahren beobachtete, Fälle. In 30 derselben wurde die Richtigkeit der Diagnose durch die Operation bewiesen; in den übrigen durch die unverkennbaren Symptome und den Verlauf der Krankheit, nicht selten auch durch konsultirte Aerzte und Chirurgen bestätigt. Dass mir mehr Fälle von Appendicitis als andern Aerzten zufallen sollten, ist nicht anzunehmen. Ich bin überzeugt, dass viele Kollegen mit grösserer Praxis in einer gleichen Spanne Zeit noch häufiger als ich der Krankheit begegnet sind. Man lernt aber ohne Frage allmählich durch Erfahrung und genaue Untersuchung anscheinend geringe, klinisch und anatomisch aber bedeutsame Zeichen, richtig zu würdigen und zur Stellung der Diagnose: „Appendicitis", zu verwerten.

*) Vortrag, gehalten in der Deutschen Medizinischen Gesellschaft der Stadt New York am 8. Mai 1899.

Diagnose. Gestatten Sie mir, meine Herren, zunächst ein paar Worte über die Früh-Diagnose. Dieselbe ergiebt sich für den erfahrenen Arzt häufig schon aus den Angaben des Kranken mit Rücksicht auf das hauptsächliche subjektive Symptom, den Schmerz. Derselbe ist in seinem Auftreten und in seiner Verbreitungsweise geradezu pathognomonisch. Bei vollem Wohlbefinden treten plötzlich, ohne Vorboten, gewöhnlich ohne vorausgegangenen Diätfehler, Leibschmerzen auf. Dieselben werden im ganzen Abdomen, oder nur im Epigastrium, oder in der Nabel-Gegend, manchmal auch im rechten Hypochondrium über der Gallenblase, empfunden. Sie sind in der Mehrzahl der Fälle von Uebelkeit oder Erbrechen begleitet. In Bezug auf Charakter und Intensität des Schmerzes sind feste Regeln nicht aufzustellen. Er kann kurz vorübergehend oder beständig sein; er kann an Intensität in den ersten paar Stunden, oder gar im Verlauf der ersten Tage, zunehmen, um dann allmählich wieder abzufallen; er kann mit Koliken auftreten, die dann einen halben oder mehrere Tage, ja wochenlang aussetzen mögen, um später von Neuem wieder anzufangen. Bei der ersten Untersuchung klagten mir die Patienten gewöhnlich, dass die zuerst in der Nabelgegend oder im Epigastrium empfundenen Schmerzen sich alsbald nach der rechten Seite verzogen und dort festgesetzt hätten.

Viele erzählten mir, dass sie, um ihre lästigen Beschwerden loszuwerden, zu Abführmitteln und Klystieren ihre Zuflucht genommen hätten aber, mit und ohne Purgiren, ihre Schmerzen und ihr Unbehagen nicht losgeworden wären.

Ich möchte auf diese Angaben des Kranken besonderes Gewicht legen.

Der folgende Fall illustrirt den Nachlass der ursprünglichen Schmerzen für einige Tage mit späterer Wiederkehr:

E. D., 43 Jahre alt; seit der Jugend gesund gewesen; ab und zu leicht verstopft. Nach kurzer Bicycle-Fahrt (Juli 5, 1897) leichte Schmerzen in der Nabelgegend, die trotz reichlichen Purgirens fortbestanden. Wegen Abwesenheit grösseren Unbehagens und Krankheitsgefühl ging Patient seinem Geschäfte weiter nach.

Am zweiten Tage seines Krankseins konsultirte er mich wegen Fortbestehens des nur gering vorhandenen Schmerzes. Abdomen flach; nirgends Dämpfung. Minimale Druckempfindlichkeit in der rechten Darmbeingegend. Gesteigerte Empfindlichkeit auf Druckentlastung. Rektale Untersuchung negativ. Puls 78; Temperatur 99°. Behufs weiterer Untersuchung nahm ich den Patienten nach der Klinik. Das Rollen der Wagenräder über das Steinpflaster während des Transports verursachte stets Schmerzen, sowie Uebelkeit.

Am vierten Tage fehlten absolut alle Krankheitserscheinungen, subjektive und objektive. Spontane Stuhlentleerung.

Am 14ten Juli, dem zehnten Tage der Krankheit, verliess Patient die Klinik beim besten Wohlbefinden. Temperatur blieb bei 99° (per Rektum), Puls niedrig. Plötzlich, am dreizehnten Tage des Nachts, Rückkehr der Schmerzen. Sofortige Wiederaufnahme in die Klinik. Puls zwischen 100 und 110. Temperatur 101°. Leichte ilio-coecale Dämpfung. Schmerz bei rektaler Untersuchung. Sechsunddreissig Stunden später Operation. (Dr. Kammerer.) Entleerung eines perityphlitischen Abscesses worin sich der losgelöste, gangränöse Appendix befand. Glatte Heilung.

Ein weiteres Beispiel zur Illustration wochenlangen Nachlassens des Schmerzes:

I. C., 53 Jahre alt; hatte ca. fünfzehn Schmerzanfälle gehabt, die unter der Diagnose: Typhlitis und Perityphlitis behandelt worden waren. Plötzlich, am vierten August 1898, sehr heftige ilio-coecale Schmerzen. Nach einem Abführmittel blutiger Stuhl. Schmerzen bestehen fort. Rechte Darmbeingegend empfindlich. Puls 110. Rektale Temperatur 103°. Nach 24 Stunden verschwinden beinahe alle Symptome. Puls 80. Temperatur 99°. Nur wenig Druckempfindlichkeit, die auch bald nicht mehr zu konstatiren ist. Nirgends objektive Zeichen eines Exsudats. Am 1. September, fast vier Wochen später, Schmerzen von Neuem. Sept. 4. 1898, Operation. (Dr. Kammerer.) Perityphlitischer Abscess. Gangränöse Appendicitis. Glatte Heilung.

Inspection. Ging ich nun an die Untersuchung des Patienten, so fand ich bei der Inspection im Früh-Stadium der Krankheit, bevor eine schwere Betheiligung des Peritoneums sich eingestellt hatte, das Abdomen flach, ohne charakteristische Symptome.

Palpation. Die Palpation der rechten Darmbeingegend ergab immer eine druckempfindliche Stelle, kleinfingergross bis handbreit im Umfang. Dieselbe wurde meist scharf lokalisirt. Oft strahlte der Schmerz aber auch aus nach dem Magen, dem rechten Hypochondrium, dem Nabel oder der Leistengegend. Die Maximal-Empfindlichkeit auf Druck entsprach in vielen Fällen dem sogenannten „McBurney's point", fand sich aber nicht selten auch über der Harnblase, in der Nähe des Poupart'schen Bandes, in der Lenden- oder Gallenblasengegend, kurz, dort wo sich der Appendix normaler- oder anormalerweise befindet. Druck in dieser Gegend der maximalen Empfindlichkeit steigerte gewöhnlich die vorhandene Uebelkeit. Viele Fälle habe ich auch beobachtet, die bislang nur über Uebelkeit klagten, und auf meine Untersuchung der Appendix-Gegend hin dann jedesmal erbrachen.

Was das Fühlbarsein des Appendix betrifft, so muss ich gestehen das Organ nur äusserst selten mit Sicherheit abgetastet zu haben. Erstens übe ich ungern einen länger dauernden tiefen Druck auf das Abdomen während des akuten Anfalles, aus Sorge, event. damit Unheil anzustiften. Zweitens habe ich mich zu oft in der Deutung gesteigerter Resistenz geirrt. So haben z. B. bewegliche Scybala oder Kontractionen der Bauchmuskulatur den Appendix vorgetäuscht. Im Allgemeinen kann man, nach meiner Ansicht, nur erwarten den Appendix mit einiger Sicherheit zu fühlen, wenn derselbe aussergewöhnlich starr und dick ist und somit dem tastenden Finger genügenden Widerstand bietet. Aber selbst bei günstigster Bedingung von Seiten des Appendix wird die Betastung erschwert oder unmöglich gemacht durch starken Panniculus, Darmfüllung, Muskel-Resistenz, etc. Eine event. zu palpirende Resistenz der Ilio-Coecal-Gegend bei diesem hier von mir ventilirten Frühstadium der Appendicitis beruht wohl stets auf gesteigerter Reflex-Kontraction der Bauchmuskulatur und verschwindet in der Narkose.

Was für die Fühlbarkeit des Appendix und die zu tastende Resistenz soeben von mir behauptet wurde, gilt auch für ein im Frühstadium entstandenes Exsudat. Auch hier täuschten meiner Erfahrung nach starke Muskel-Kontractionen oder Anhäufung von Faeces im Coecum ein Exsudat vor. Grössere fibrinoplastische oder eitrige Exsudate konnten erst im späteren Verlaufe der Krankheit konstatirt werden.

Folgender Fall möge das soeben Gesagte illustriren:

R. H., 7 Jahre alt. Im November, 1894, wegen anscheinend leichter Appendicitis von mir noch mit Opium und Eis behandelt. Abdominale Dämpfung nahm bald dermassen zu, dass sie schon nach Ablauf von 60 Stunden das ganze Abdomen unterhalb des Epigastriums einnahm. Leib sehr stark aufgetrieben. Das Kind, mit einem Puls von 110, bot das Bild der allgemeinen Peritonitis. Bei der rektalen Untersuchung in der Narkose (Dr. Lange) entleerten sich ganz enorme Mengen Stuhl und Flatus mit dem im Anfang der Erkrankung in den Mastdarm injizirten Olivenöl. Darauf sofortiger Kollaps des Abdomen. Perkussionsschall sofort normal. Appendix erschien jetzt fühlbar. Sieben Stunden später Puls 120; Temperatur 99°.

Operation: Gangränöser, perforirter, kothsteinhaltiger Appendix. Heilung.

Reibe- und Darmgeräusche. Bei der Auskultation hörbare Reibegeräusche, von manchen angegeben, konnte ich nie konstatiren; wohl aber Darmgeräusche bei nicht gelähmter Peristaltik.

Verstopfung. Die Verstopfung ist innerhalb gewisser Grenzen als Symptom der Appendicitis, resp. der Lokal-Peritonitis aufzufassen. Die meisten meiner ambulatorischen Appendicitis-Kranken hatten spontane Defaekation. Trotzdem wurden sie von Stuhldrang gequält und nahmen noch ehe sie den Arzt konsultirten Abführmittel. Wenn ich mit Rücksicht auf Verstopfung die Krankengeschichten meiner 66 Fälle durchsehe, so finde ich, dass nur 14 an habitueller Verstopfung litten. Die übrigen 52 klagten über nichts Derartiges. Von diesen 14 sah ich 8 während eines recidivirenden Anfalles und 6 in der ersten Attacke der Entzündung des Wurmfortsatzes. In der Beurtheilung der Stuhlverhaltung für die Diagnose-Stellung muss man jedoch vorsichtig sein. Sie kann schon beim ersten Anfalle durch leichtere oder schwerere Peritonitis hervorgerufen sein, und ist in dem Falle ein wichtiges Symptom. Man darf aber nicht vergessen, dass eine gerade vorhandene Verstopfung auch anderer Natur sein kann, wie z. B. bei mit Atonie einhergehenden Magendarmstörungen. Auch ist nicht zu vergessen, dass Nahrungsenthaltung, resp. länger fortgesetzte vorsichtige Diät der Erscheinung zu Grunde liegen mag.

Durchfall. Das Entgegengesetzte, nämlich Durchfall, fand ich nur ein einziges Mal unter meinen 66 Fällen mit anderen positiven Symptomen der Appendicitis im Frühstadium vergesellschaftet.

Temperatur. Im Allgemeinen bietet die Temperatur-Kurve im Anfang der Erkrankung nichts für Appendicitis Charakteristisches, es sei denn der im Verhältniss zu den zuweilen recht stürmischen anderen Symptomen auffallend niedrige Grad derselben. Anhaltend höhere, besonders aber sich plötzlich oder kontinuirlich steigernde Temperatur in den späteren Tagen des Anfalles, weist auf schwere, meistens peri-appendiculäre Komplicationen hin. Die Durchschnittstemperatur aller meiner im Frühstadium beobachteten Fälle schwankte zwischen 99° und 100.6°. In einem Falle bestand sogar während des ganzen Anfalles normale Temperatur. Aus diesem Grunde wäre vielleicht hier an der Richtigkeit der Diagnose zu zweifeln gewesen; es schien aber gerade in dem Falle der Appendix fühlbar zu sein und war Druck auf denselben nicht nur an Ort und Stelle äusserst empfindlich, sondern steigerte auch die fortdauernd bestehende Uebelkeit.

Mit dem Ende des Anfalles fällt die Temperatur gewöhnlich

zur Norm oder bleibt noch einige Tage um wenige Zehntel erhöht. In manchen Fällen sah ich aber leichte Temperaturerhöhungen selbst wochenlang nach abgelaufenem Anfalle. So habe ich bei einem zehnjährigen Jungen die Temperatur fast während eines ganzen Jahres nach abgelaufenem Anfalle zwei bis dreimal täglich von der Mutter nehmen lassen. Sie schwankte dauernd zwischen 99.4° und 101.6°. Erst nach Entfernung des Appendix wurde sie normal, um nicht wieder zu steigen.

Vergessen darf man nicht bei sich steigernder Temperatur in den späteren Tagen des Anfalles, dass pathologische Zustände im Innern des Appendix selbst die Ursache des Fiebers sein können. Man fühlt dann bei genauester Palpation keinen Tumor, wie sonst stets bei den ausserhalb des Appendix gelegenen Eiteransammlungen, kann vielmehr nur lokale Druckschmerzen nachweisen.

Zur Illustration diene folgender Fall:

Fräulein I. P., 35 Jahre alt, bekam Mitte Oktober 1897 beim Essen plötzlich heftige Bauchschmerzen mit Erbrechen. Der Anfall dauerte ca. eine Stunde. Hinterher wieder vollkommenes Wohlbefinden. Vier Wochen später erwachte Patientin mit gleichen Symptomen. Ich wurde gerufen und fand einen Puls von 76; Temperatur 99.4° im Mastdarm; ausgesprochene Empfindlichkeit nach links und unten von „McBurney's point." Patientin wurde damals mit Dr. Willy Meyer gesehen und in Verbindung mit ihm weiter behandelt. Während der ersten zwölf Tage schwankte die Temperatur zwischen 99.2° und 100°. Ab und zu stieg sie bis auf 101°. Puls überschritt nie 80. Flatus-Abgang täglich. Abdomen stets flach. Colon fühlte sich leer an. Trotz bestehender Fieberbewegungen befand sich Patientin schon am zweiten Tage wohl, nur blieb die oben erwähnte Stelle etwas druckempfindlich. Am elften Tage wurde Ricinusöl in refracta dosi verabreicht, wonach reichlich Stuhl erfolgte. Am zwölften Tage plötzlich von Neuem Auftreten der Schmerzen an der alten Stelle, die kolikartig in ca. sechs-stündlichen Intervallen sich wiederholten. Von nun an bis zum fünfzehnten Tage stieg die Abend-Temperatur auf 102.8°; Morgens sank sie auf 99.2°. Puls blieb zwischen 82—94. Flatus und Stuhl täglich. Abdomen flach. Nirgends Dämpfung. Vaginale und rektale Untersuchung negativ. Am sechszehnten Tage, in der festen Ueberzeugung, dass der kranke Appendix die Ursache der Erscheinung bilde, Entfernung desselben. Er erschien bei äusserer Betrachtung vollkommen normal. Aufgeschnitten, fanden sich zwei Strikturen, eine ca. einen Zoll von der Spitze, die andere direkt an der Insertion des Appendix in's Coecum. In dieser Striktur sass ein komprimirter Kothstein. Die Schleimhaut unter ihm war usurirt. Das Organ enthielt in seiner ganzen Länge eine geringe Menge serös-eitriger Flüssigkeit. Die Temperatur fiel noch am selben Abend zur Norm und blieb daselbst.

Puls. Wir kommen nun zum zweiten Hauptsymptom in der Stellung der Früh-Diagnose der Appendicitis, zum Puls. Ich fand ihn fast durchweg beschleunigt, zwischen 85—100. In seltenen Ausnahmefällen — vier an der Zahl, sämmtlich Kranke mit hochgradiger Gangräne, resp. Perforation des Appendix betreffend — überschritt der Puls niemals die Zahl 80. Zu diesen gehört der folgende:

I. L., 12 Jahre alt, war, mit Ausnahme eines Typhus und Pneumonie, immer wohl und kräftig. Am 16. Dezember 1896 erkrankte er plötzlich des Nachts mit heftigen Bauchschmerzen und Erbrechen. Alsbaldige Untersuchung liess keinen Zweifel an der Natur der Krankheit „Appendicitis", die aber dem Patienten nach schnellem Abklingen der ersten Krankheitsäusserungen nur leichte Beschwerden weiterhin verursachte. Am fünften Tage wurde der Puls langsam — 46 bis 52 — sehr unregelmässig und häufig aussetzend. Die anderen auf die Appendicitis zu beziehenden Krankheitssymptome liessen nach. Zwölf Tage lang blieb der Puls in diesem anormalen Zustand. Erst am siebenzehnten Tage nach Beginn der Erkrankung wurde er wieder normal. Nach anscheinend vollständiger Genesung erkrankte Patient plötzlich, vier Wochen später, von Neuem unter Erbrechen und kontinuirlich sich steigernden Ilio-Coecalschmerzen, bei nahezu normaler Temperatur und immer niedrigem Pulse. Fünf Tage später wurde, wegen Zunahme der Schmerzen, trotz eines Pulses von 76 und rektaler Temperatur von 99° die Exstirpation des Appendix von Dr. Willy Meyer ausgeführt. Er war in seiner Totalität gangränös, in seiner Mitte nach der Wirbelsäule verzogen und hier von einem breiten, kurzen und festen Bande geknickt. An der Umbiegungsstelle fand sich eine stecknadelgrosse Perforation. Das kleine Becken war mit Eiter gefüllt. Heilung.

Schüttelfrost. Einen ausgesprochenen Schüttelfrost im Anfange der Erkrankung habe ich nur sechs mal gesehen; allerdings klagten viele Patienten über etwas Kältegefühl. Bei vier der ersteren wurde der alsbald durch Operation entfernte Appendix gangränös, zweimal darunter zugleich perforirt gefunden. Die zwei anderen nicht operirten Fälle sind etwa 16 Stunden nach Einsetzen des Schüttelfrostes, ohne Operation, unter dauernd steigernder Temperatur an allgemeiner Sepsis gestorben.

Rektale und vaginale Untersuchung. Aus der rektalen und vaginalen Untersuchung die uns bei einigermassen vorgeschrittenen Fällen häufig so wichtige Anhaltspunkte für die Stellung der genaueren Diagnose giebt, konnte ich im Frühstadium selten irgendwie wichtige Schlüsse ziehen. Nur wenn der Anfall mit einer Perforation einsetzte, liess sich durch

diese Untersuchungsmethode alsbald ein Erguss im Douglas nachweisen.

Pathologisch-anatomische Diagnose mit Rücksicht auf die Art der Erkrankung des Appendix. Wie leicht ich nun auch in vielen Fällen im Stande war die klinische Diagnose „Appendicitis" zu stellen, so war mir bis auf den heutigen Tag kein Mittel zur Hand, das mir ermöglicht hätte, auch nur mit einiger Sicherheit den Zustand des Appendix in pathologisch-anatomischer Hinsicht, vor der Operation zu präcisiren. Es ist dies ein Punkt, den ich nicht genug betonen kann. Ich bin der festen Ueberzeugung, nach allem was ich in meinen von Anfang an selbst beobachteten und so häufig zur Operation gekommenen Fällen gesehen habe, dass diejenigen lang keine Anhaltspunkte, die uns zu bestimmen erlauben, „hier auch gleich die Art der Entzündung diagnosticiren zu wollen, manche schwere Enttäuschung erleben müssen. Es giebt bis-Aerzte die sich erkühnen, in jedem Falle von Appendicitis nun liegt Gangrän, mit oder ohne Perforation vor" — „hier bestehen Adhäsionen, Knickungen, Stricturen, Fremdkörper, Kothsteine, Obliteration des Kanals", etc., etc. Ich für meinen Theil gebe mich gerne damit zufrieden, wenn ich im gegebenen Falle sagen kann, „hier besteht sicher ein entzündeter Appendix"; wenn ich ferner bestimmen kann „jetzt, während des Anfalles ist eine Operation indizirt", oder, „ich kann mit dem Anrathen des Eingriffes bis nach dem Ueberstehen des Anfalles warten." Die Operation wird dann schon zeigen in welcher Art der Appendix erkrankt ist.

Der folgende Fall beweist so recht die Wahrheit des soeben Gesagten:

H. K. aus San Francisco, hat schon längere Zeit an Dyspepsie gelitten. Im Spätherbst des Jahres 1897, ausgesprochene Verschlimmerung, so dass der Hausarzt die Nothwendigkeit einer Europareise in Aussicht stellte. Im Dezember 1897 plötzlich Bauchschmerzen mit Erbrechen. Der Anfall dauerte ca. eine Stunde.

Vier Monate später, auf der Durchreise nach Europa, erkrankte Patient hier in New York kurz vor Abfahrt des Dampfers plötzlich wieder mit Uebelkeit und leichten, kolikartigen Bauchschmerzen. Am dritten Tage des Anfalles bekam ich den Patienten zum ersten Male zu Gesicht. Ich fand: Puls zwischen 60—70; mässige Druckschmerzen ca. zwei Zoll links von „McBurney's point"; Temperatur nicht über 99° im Rektum. Diagnose: „Appendicitis", die von Dr. Willy Meyer bestätigt wurde. Nach drei weiteren Tagen war der Anfall abgelaufen und Patient

entschlossen, zur See zu gehen. Ich rieth ihm dringend davon ab, speziell in Anbetracht von zwei Attacken innerhalb der kurzen Zeit von vier Monaten. Wenige Tage später unterzog sich der Patient denn auch, nach Ablauf aller Symptome, der Intervall-Operation.

Wir fanden zu unserem Erstaunen den enorm vergrösserten Appendix in seiner Totalität gangränös, ca. in der Mitte rechtwinkelig geknickt, von einer dünnen Schicht Eiter umspült, die Serosa aber noch nicht durchbrochen. Exstirpation. Glatte Heilung.

Noch ein weiteres Beispiel möchte ich kurz anfügen, das die so häufig vorhandene Unmöglichkeit der genaueren Stellung der pathologisch-anatomischen Diagnose des erkrankten Appendix schlagend illustrirt:

A. M., 4½ Jahre alt, erkrankte plötzlich während der Nacht mit Leibschmerzen und Erbrechen. Temperatur, nach Aussage der Mutter, normal. Nach einer dreissigstündigen Pause von Wohlbefinden plötzlich erneuerte Schmerzen und Erbrechen. Bei meiner ersten Untersuchung fand ich: Puls 128; Temperatur 103°; Abdomen aufgetrieben; Milz vergrössert; Schmerzen in der Ilio-Coecalgegend, spontan und auf Druck; Erbrechen während der Untersuchung. Blut-Untersuchung auf Plasmodien und Widal-Reaktion fielen negativ aus. Bei meiner zweiten Untersuchung, ca. 12 Stunden später, Puls schwächer, 138; Temperatur 104°. Erbrechen besteht fort. Abdomen noch stärker aufgetrieben. Diagnose: Allgemeine septische Peritonitis nach perforativer Appendicitis. Am dritten Tage der Erkrankung wurde das Kind von Dr. Willy Meyer, wenige Stunden später auch von Dr. J. Adler, in Konsultation gesehen. Beide Herren stimmten mit mir überein, in diesem Zustande des Kindes vorerst von einer Operation Abstand zu nehmen. Interne abwartende Behandlung. Im Laufe der ersten Woche der schweren Krankheit wurde die kleine Patientin theilnahmlos; sie erbrach alle Nahrung. Wind und Stuhl gingen nicht ab. Gegen Ende der zweiten Woche ging der Puls auf 84; Temperatur auf 99.5°. Im Anfang der dritten Woche nahmen sämmtliche Symptome unter Erbrechen und Leibschmerzen wieder zu. Puls 84; Temperatur 102°. Bei der von Dr. Willy Meyer vorgenommenen Operation fand sich der Appendix nicht perforirt; keine Spur von Eiter. Das Organ war sehr brüchig, in seiner ganzen Länge mit dem Coecum verwachsen. Es konnte nur stückweise entfernt werden. Die Eingeweide waren durchweg innig mit einander verklebt. Temperatur fiel sofort, um nicht wieder zu steigen. Glatte Heilung.

Diagnose der Appendicitis in der anfallsfreien Zeit. Ich möchte hier einige Bemerkungen bezüglich der Diagnose „Appendicitis" in der anfallsfreien Zeit einschieben. Dieselbe macht bei Patienten, die vorher nicht unter unserer Beobachtung gewesen sind, manchmal erhebliche Schwierigkeiten. Könnten wir stets durch Palpation den Appendix fühlen und zu gleicher Zeit als krank erklären, so wäre die Sache leicht. Es gelang mir aber fast nie bei Kranken, die sich nach Ueberstehen

eines oder mehrerer Anfälle bei mir vorstellten, den Appendix mit Sicherheit durch Betastung zu identifiziren. Man ist deshalb bei der Stellung der Diagnose mehr auf die Angaben des Patienten und auf Exklusion anderer Krankheiten angewiesen.

Was das subjektive Empfinden solcher Kranken betrifft, so möchte ich rathen, in der Deutung von ab und zu in der Appendix-Gegend verspürten Schmerzen sehr vorsichtig vorzugehen. Die von mir gesehenen Kranken, welche ohne Zweifel einen Anfall von Appendicitis überstanden hatten, waren nur in Ausnahmefällen von solchen Empfindungen geplagt. Werden dennoch bei der Examination Schmerzen in der Ilio-Coecalgegend geklagt, so können dieselben event. auf früher vorhanden gewesene Appendix-Erkrankungen bezogen werden, jedoch gerade so gut durch functionelle oder organische Magendarmstörungen hervorgerufen sein.

Differential-Diagnose. Nun ein paar Worte über die Differential-Diagnose im Frühstadium der Appendicitis. Im Allgemeinen ist die Diagnose bei Kindern und Männern leicht. Hier und da können jedoch Erkrankungen benachbarter Organe die Appendicitis vortäuschen. Unter den Magenerkrankungen kommen vor allen der acute Gastricismus und die Hyperacidität in Betracht. Bei der ersten fehlen selten nachweisbare, ursächliche Momente, wie Ueberladung des Magens mit schweren Speisen etc. Ist dies der Fall, so tritt schnelle Besserung nach ein- oder mehrmaligem Erbrechen unverdauter Nahrung ein; oder es bestehen noch für einige Zeit die Zeichen eines leichteren oder schwereren Magen-Katarrhs, je nach den individuellen Verhältnissen.

Schwere Grade von Hyperacidität rufen sehr häufig appendicitisähnliche Symptome hervor, zumal wenn die Schmerzen im Epigastrium anfangen und sich von dort über das ganze Abdomen verbreiten, wenn Uebelkeit besteht und die Temperatur um einige Zehntel steigt. Appendicitis kann meistens ausgeschlossen werden durch den Nachweis vorausgegangener dyspeptischer Symptome, wie Magenblähung, Aufstossen, Sodbrennen und Unbehagen einige Stunden nach der Mahlzeit; ferner, durch den plötzlichen Nachlass aller dieser Erscheinungen nach Nahrungsaufnahme oder durch Neutralisation der Magensäure durch Alkalien. Bestehen die soeben angegebenen Symptome schon einige Zeit, so spricht dieses schon an und für sich

sicher gegen Appendicitis oder wird bewiesen durch die chemische Untersuchung des Mageninhaltes.

Darmkrankheiten. Bei weitem schwieriger wird die Differential-Diagnose bei gewissen pathologischen Zuständen des Darmkanals selbst, wie bei Obstruktionen irgend welcher Art im Bereiche der Ileo-Coecalgegend und chronischer Colitis, — gewiss wichtige Krankheitsbilder, auf deren Unterscheidungsmerkmale ich hier nicht näher eingehen kann. Spezielles ist in den Lehrbüchern darüber zu finden. Mit Ihrer Genehmigung möchte ich jedoch auf einige Krankheiten mit Rücksicht auf die Differential-Diagnose noch näher eingehen, — Krankheiten, die sehr häufig mit Appendicitis, beim männlichen wie beim weiblichen Geschlechte verwechselt werden. Ich meine die Cholecystitis, den Typhus, die Typhlitis, die Koprostase und Verstopfung.

Cholecystitis. Ist bei Cholecystitis die Gallenblase erweitert und als empfindlicher Tumor an normaler Stelle tastbar, so wird der einigermassen erfahrene Arzt nicht leicht einen Fehler begehen. Anders wenn die Gallenblase klein und geschrumpft ist und tief unter der Leber liegt; oder wenn wir, um das gegebene Krankheitsbild zu erklären, annehmen müssen, dass der entzündete Appendix vor oder hinter dem Colon ascendens nach oben geschlagen ist. Dieses sind Schwierigkeiten, welche sicherlich schon jedem praktischen Arzte aufgestossen sind. Auch ich habe sie oft bei meinen Kranken empfunden und durch genaueste Beobachtung und verschiedene Hülfsmittel mir allmählich Klarheit zu verschaffen gesucht. Häufig hat mich die Verbreitungsweise der Schmerzen nach dem Rücken oder nach der rechten Schulter auf den richtigen Weg geleitet; alsbald auch hinzugetretener Icterus und späteres Auffinden von Gallenfarbstoff im Urin. Ganz bis zum Extrem ist es bis jetzt bei meinen eigenen Fällen noch nicht gekommen, ich meine, dass man auf den Appendix einschnitt und eine Gallenblasenerkrankung vorlag, und umgekehrt. Immer lief in zweifelhaften Fällen die Entzündung unter interner Behandlung ab und gelang es mir dann im späteren Stadium der Krankheit, resp. aus den in der sog. Intervallzeit geklagten Symptomen, das richtige zu erkennen. So beobachtete ich einen 50jährigen Herrn, bei dem für 46 Stunden nach dem Anfang der Krankheitserscheinungen die ganze rechte Seite vom Rippenbogen bis zum Ligamentum Poupartii gleichmässig empfindlich blieb. Ich behandelte ihn nach

dem jetzt wohl ziemlich allgemein acceptirten Princip „genauester Beobachtung von Stunde zu Stunde." Erst gegen Ende des zweiten Tages lokalisirten sich die Schmerzen definitiv in der Appendixgegend. In einem zweiten, mich seiner Zeit auch ausserordentlich interessirenden Falle, dem einer 52jährigen Dame, war es mir während der ersten paar Stunden meiner Beobachtung absolut unmöglich, mich definitiv für das eine oder das andere zu entscheiden. Eine subkutane Morphin-Injection von ½ Gran, die absolut indizirt war, liess merkwürdigerweise die Druckschmerzen in der Appendixgegend verschwinden, während sie über der Gallenblase in noch verstärktem Masse auftraten. Der weitere Verlauf zeigte, dass letzteres Organ der Sitz der Erkrankung war.

Ich möchte hier noch kurz die Geschichte eines Falles einschieben, bei dem die Intervall-Operation einen nach oben geschlagenen Appendix als den Urheber aller Störungen aufdeckte:

Frau B., 30 Jahre alt, hatte schon sechs Anfälle von sog. „Intestinal Indigestion" gehabt. Ich sah sie einige Tage nach Ablauf des letzten Anfalles. Die Anfälle hatten stets mit Erbrechen und Schmerzen in der Magengegend angefangen. Bald darauf hatte sich dann ein Gefühl von Schwere in der rechten Unterleibsgegend eingestellt. Die Anfälle dauerten gewöhnlich 2—5 Tage. Die Temperatur war nie über 100.5° gestiegen; nur im letzten Anfall war ein Puls von 110°, Temperatur von 102° beobachtet. Bei meiner Untersuchung war der Appendix nicht fühlbar; es bestand etwas Empfindlichkeit über der Gallenblase; Puls und Temperatur normal. Adnexa nicht erkrankt. Nach reiflicher Ueberlegung neigte ich mich mehr der Diagnose Appendicitis zu und drang auf Exstirpation, da die Patientin eine längere Tour in die Berge unternehmen wollte.

Bei der von Dr. Abbé ausgeführten Operation fand sich der Appendix kleinfingerdick, fünf Zoll lang, nach oben geschlagen und mit der Gallenblase verwachsen. Aufgeschnitten zeigte er vier Strikturen und multiple Schleimhaut-Defekte und enthielt eitriges Sekret. Heilung.

Typhus. Die Differential-Diagnose zwischen Typhus und Appendicitis sollte keine Schwierigkeiten bieten. Genaue Erwägung der Anamnese, des Verlaufes, sowie sorgfältige Untersuchung der verschiedenen Organe, des Blutes, des Stuhls werden in der weitaus grössten Anzahl der Fälle Aufschluss geben. Es kommen jedoch Fälle von plötzlich auftretendem Typhus, namentlich bei Kindern, vor, die im Anfang der Appendicitis so ähnliche Symptome darbieten, dass, obgleich die Frühdiagnose „Typhus" gesichert ist, die Appendicitis doch nicht ausgeschlossen werden kann.

Obwohl der Typhus nicht Gegenstand der heutigen Diskussion ist, dürfte die Mittheilung eines Ende 1898 von mir beobachteten hierhergehörenden Falles nicht ohne praktische Bedeutung sein:

I. W., 11 Jahre alt; ist seit ihrer Geburt immer gesund gewesen. Inmitten vorherigen vollständigen Wohlbefindens erwachte Patientin am 27. Oktober, in der Nacht, mit sehr heftigen Bauchschmerzen und Brechreiz. Morgens fühlte sich das Mädchen wieder wohl und hatte Stuhlgang. Da sie nicht fieberte, ging sie zur Schule. Sie blieb ganz wohl bis zum Abend, um welche Zeit die Leibschmerzen wieder so heftig einsetzten, dass sich das Kind krümmte. Brechreiz trat ein; Fieber war jetzt auch vorhanden. Die Untersuchung ergab folgende Daten: Patientin sah schwer krank aus; Abdomen stark aufgetrieben; tympanitischer Schall auf Perkussion; heftige Druckschmerzen in der Ilio-Coecalgegend, die nach dem Nabel ausstrahlten; Colon transversum nur leicht druckempfindlich; grössere Empfindlichkeit über Colon descendens und in der linken Lendengegend; Milz vergrössert; Zunge feucht, wenig belegt. Puls 120; Temperatur 102°. Die Diagnose schwankte zwischen Appendicitis mit Perforations-Peritonitis und Typhus. Sofortige Untersuchung des Urins und des Blutes. Ohne hier weiter auf Details einzugehen, sei bemerkt, dass ich den Urin trüb fand, mit reichlichen Eiterkörperchen, Nierenbecken-Epithelien und vielen Mikro-organismen. Blut ohne Plasmodien; Widal-Reaktion sehr markirt. Diagnose: „Typhus." Am achten Tage der Krankheit erschien Roseola, welche die Richtigkeit der Deutung des Falles definitiv bestätigte.

Typhlitis. Die einfache Typhlitis hat heute nur noch theoretisches Interesse. Klinisch kann diese Diagnose nicht mehr gestellt werden. Giebt der Krankheitsprocess im Coecum Anlass zu schwererer peri-coecaler Entzündung, mit oder ohne Abscess, so liegen schon gröbere anatomische Veränderungen im Coecum vor, deren genauere Erwägung uns zur richtigen Diagnose führt.

Koprostase. Koprostase kann nur angenommen werden, falls bei der Palpation deutliche Kothmassen im Coecum und im Verlauf des Colon gefühlt werden und alle anderen auf Appendicitis zu beziehenden Symptome fehlen. Es wird behauptet, dass bei tiefem Eindrücken die Fingerspuren sichtbar bleiben. Mir persönlich ist dies bis heute nicht zu Gesicht gekommen.

Verstopfung. Vorübergehende Verstopfung verursacht nie appendicitiähnliche Symptome. Bei der habituellen Verstopfung treten manchmal mehr oder weniger heftige abdominale Schmerzen im Verlaufe des Colon transversum auf, die nach

meiner Erfahrung, dem Kranken anzeigen, dass Stuhl oder Flatus bald erfolgen werden. Nach reichlichem Abgang derselben hören dann die Beschwerden sofort auf.

Noch manches Interessante könnte ich nach meinen persönlichen Erfahrungen über die Stellung der Differential-Diagonse bezügl. rechtsseitiger Wanderniere und Nierenkolik, bezügl. Grippe-Pleuritis und Pneumonie, sowie Malaria, ferner auch beim weiblichen Geschlechte mit Rücksicht auf rechtsseitige Adnex-Erkrankungen und Extrauterin-Schwangerschaft anführen. Ich muss mich hier auf die folgenden kurzen Bemerkungen beschränken:

Rechtsseitige Wanderniere. Unkomplizirte rechtsseitige Wanderniere wird eine Appendicitis wohl niemals vortäuschen. Treten bei Existenz von auf ihre Anwesenheit zu beziehende Symptome, Erscheinungen von Appendicitis auf, so hängen dieselben eben von Appendicitis, und nicht von der Wanderniere ab.

Nierenstein-Kolik. Vor Verwechslung der Appendicitis mit rechtsseitiger Nierenstein-Kolik, schützt die bekannte Lokalisation und Verbreitungsweise des Schmerzes beim letzteren Zustande, das meist positive Ergebniss der Harn-Analyse (mikro- und makroskopische Hämaturie), das häufige Fehlen von Puls- und Temperatur-Erhöhung.

Grippe, Pleuritis und Pneumonie. Die genaue Untersuchung der Lungen wird Verwechslung von Appendicitis mit Grippe, Pleuritis und Pneumonie unmöglich machen. Es ist wichtig zu wissen, dass auch diese Krankheiten nicht selten mit heftigem Erbrechen, Magen- und Darmschmerzen anfangen.

Malaria. Auch bei Malaria habe ich drei Fälle von heftigen Schmerzen in der Appendixgegend, mit Erbrechen, während des Schüttelfrostes beobachtet. Die sehr hohen Temperaturen, die genaue klinische Untersuchung des Kranken, sowie das Nachlassen des Schmerzes nach künstlicher Temperatur-Erniedrigung oder während der Pause, lassen keinen Zweifel an der Diagnose aufkommen. Als Regel sollte man sich merken, bei auf Appendicitis hindeutenden Symptomen mit hoher Initial-Temperatur stets das Blut auf Plasmodien zu untersuchen.

Adnex-Erkrankungen und Extrauterin-Schwangerschaft. Neben den soeben erwähnten diagno-

stischen Schwierigkeiten bei beiden Geschlechtern, treten bei Frauen noch andere komplizirende Momente seitens der rechtsseitigen Adnex-Erkrankungen inclusive Extrauterin-Schwangerschaft, auf. Vor Irrthümern schützt genauere Erwägung der Anamnese, der Symptome, des Verlaufes und der bei wiederholter Untersuchung gefundenen Daten. Bei Erguss ins kleine Becken unter plötzlich einzetzender, steigernder Temperatur kann zuweilen nur die Operation die Krankheitsursache aufklären.

Bezüglich der Differential-Diagnose hinsichtlich Extrauterin-Schwangerschaft finden sich feststehende Daten in jedem neueren Lehrbuche der Gynäkologie.

Um vollständig zu sein, darf ich die Initial-Symptome der akuten Exantheme (Masern) und eines Herpes Zoster im Bereich des Nervus Intercostal XII. dext. nicht unerwähnt lassen. Bei beiden Zuständen hat mich in Ausnahmefällen erst der weitere Verlauf der Krankheit bei genauester Beobachtung des Patienten, am vierten, resp. vierzehnten Tage nach Einsetzen der ersten Erscheinungen, Appendicitis mit Sicherheit ausschliessen lassen.

P r o g n o s e. Nun einige Worte zur Prognose-Stellung, wie sie sich mir nach meinen Erfahrungen ergeben hat.

Was kann man in einem gegebenen Falle erwarten, wenn nicht operirt wird?

Wir haben im Vorgehenden mehrfach gesehen, dass die klinischen Symptome häufig in keinem Verhältniss zur Schwere der Erkrankung des Appendix in pathologisch-anatomischer Beziehung stehen. Es ist deswegen in jedem Falle anzurathen, die Prognose mit einiger Reserve zu stellen, selbst wenn alle Verhältnisse anscheinend günstig liegen, und auch gut verlaufene Anfälle vorhergegangen sind. Die Prognose eines schweren Anfalles von Appendicitis ist um so zweifelhafter, je häufiger sich die Anfälle wiederholt haben, — je kürzer die Intervalle zwischen denselben gewesen sind und je ausgesprochener die Tendenz zur Puls- und Temperatur-Erhöhung während des Anfalles sich markirt haben. Es ist Pflicht des Arztes den zweiten Anfall mit ernsteren Augen anzusehen, als den ersten, selbst wenn er ebenfalls leichten Charakters ist. Allgemeine Peritonitis bei Appendicitis trübt die Prognose sehr. Akute Sepsis macht sie schlecht, wenn in beiden Fällen nicht prompt operirt wird.

Wie gestaltet sich nun die Prognose in Bezug auf die Restitutio ad integrum bei nicht operirten Fällen? Ist anzunehmen, dass ein einmal erkrankter Appendix krank bleibt und stets eine Quelle der Gefahr für das Leben des Patienten in sich birgt, oder ist komplete Heilung, resp. Obliteration des Organs zu erwarten?

Nach meinen Erfahrungen muss ich der Ansicht derjenigen vollkommen beistimmen, die sagen: „Wenn der Appendix einmal der Sitz einer Entzündung gewesen, ist eine Restitutio ad integrum möglich, aber selten und nicht vorherzusagen; war eine zweite Attacke eingetreten, so ist die Rückbildung zum normalen Zustande ausgeschlossen.

Unter meinen 66 Fällen haben 40 operirte und nicht operirte zwischen 1—15 oder noch mehr Anfälle durchgemacht. Von den übrigen 26 wurden 9 während oder nach dem ersten Anfall operirt; 6 der 17 restirenden Fälle hatten sich weiterer Beobachtung entzogen. Es bleiben 11 mit einem (ohne Operation überstandenen) Anfall, d. h. 16,66 Prozent. Wegen der kurzen Zeit der Beobachtung sind mit Rücksicht auf die hier vorliegende Frage die Akten noch nicht geschlossen.

Indications-Stellung. Wir kommen damit zur Indications-Stellung in chirurgischer Beziehung.

Wann sollte während des Anfalles operirt werden?

Das Facit meiner bisherigen Erfahrungen erlaubt mir darüber vom Standpunkte des Internisten folgendes auszusagen:

1) Vollkommen stimme ich denjenigen Kollegen bei, welche behaupten, dass der Puls vor allem das ausschlaggebende Symptom abgiebt. Wenn derselbe auf 120 steigt und keine Tendenz zum baldigen Rückgange hat, wenn dabei die Temperatur niedrig ist und die Schmerzen anhaltend und heftig, so sollte stets prompt operirt werden.

Als Beispiel diene folgender Fall:

A. M., 31 Jahre. Plötzlich ungemein heftige Magen-Darmschmerzen mit Erbrechen. Fünf Minuten später Anfall vorüber. Wenig Druckempfindlichkeit in der Appendixgegend. Puls 84; Temperatur 100.4°. Sofortige Operation anberaumt. (Dr. Lange.) Zwanzig Minuten später Schüttelfrost. Kolik. Puls 132; Temperatur 100.2°. Morphin-Einspritzung. Einige Stunden später wiederum Euphorie. Patient wollte aufstehen und zu Abend essen. Puls 128; Temperatur 99° (Rektum); Abdomen leicht tympanitisch, weder spontan noch auf Druck schmerzhaft. Operation: Peritoneum matt-roth, trocken; Appendix etwas nach hinten gelagert, schwarz, gangränös, nicht perforirt, nicht adhärent. Im Innern desselben eine Striktur und jauchige Flüssigkeit. Heilung.

2) Bei ausgesprochenem Schüttelfrost, ohne Rücksicht auf Puls und Temperatur, ist der Fall stets sofort chirurgisch. Zur Illustration dieser Indication diene folgender Fall:

F. M., 17 Jahre alt, litt seit einem halben Jahr an Dyspepsie ohne Schmerzen; plötzlich aber traten Magenschmerzen, Erbrechen und Schüttelfrost ein. Nach kurzer Zeit lokalisirte der Patient die Schmerzen hauptsächlich in der rechten Lendengegend. Puls 90; Temepratur 100°. Nach anderthalb Stunden, Puls 80; Temperatur 100°. Euphorie. Nach Konsultation mit Dr. Lange wird die Operation vertagt. Sieben Stunden später, Erbrechen, lästige Rückenschmerzen; Puls 76; rektale Temperatur 99.8°. Behufs Operation wurde der Patient in die Klinik geschafft. Während der Vorbereitung zum Transport erneuter Schüttelfrost. In der Klinik angelangt. Puls gegen 130; Temperatur 102.5°. Bei der Operation fand sich der Appendix nahe der Wirbelsäule; er sah schwarz aus, war gangränös, nicht perforirt; er enthielt jauchigen Inhalt, Schleimhaut-Geschwüre und mehrere kleine Kothsteine. Das Peritoneum war kupferroth, trocken. Exstirpation. Heilung.

3) Bei schweren Recidiven nach günstig überstandenen leichten oder schweren Anfällen.

4) Sobald ein perityphlitischer Abscess konstatirt ist.

5) Wenn sich der Patient an einem entlegenen Orte befindet sollte ohne Transport die Operation erfolgen. Die Ueberführung des Patienten kann dann einige Tage später geschehen, wenn der Zustand des Patienten es gestattet.

Wann kann man mit der Operation bis nach dem Ablauf des Anfalles warten?

Wenn der Process sich zu beschränken und sich allmählich zurückzubilden scheint, und keine der oben erwähnten Indicationen eintritt.

Kontra-Indicationen zur Operation. Kontra-Indication zur Operation ist selten. Sie scheint nur vorzuliegen,

1) Bei fudroyanter Sepsis mit allgemeiner Peritonitis und grosser Herzschwäche. (Shoc).

2) In Fällen, wo auch für sonstige chirurgische Eingriffe eine Kontra-Indication vorliegt.

Schlussfolgerung. Wenn man mit unseren jetzigen Mitteln die Unmöglichkeit erwägt, die pathologisch-anatomische Diagnose des erkrankten Appendix im voraus zu stellen und zu wissen, wie lange überhaupt der Process schon bestanden hat, ehe der sog. erste Anfall sich einstellte, — wenn man erwägt ob, event. wann der nächste Anfall eintreten mag — stets eine nicht zu beantwortende Frage — wenn man ferner erwägt, ob nicht

dann schon lebensgefährliche Komplicationen sich hinzugesellt haben werden, oder der Patient sich nicht etwa auf der Reise an einem entlegenen Orte befindet, so kann man nicht umhin, in der rechtzeitigen Entfernung des kranken Appendix die einzig richtige, die beste Heilmethode zu erblicken. Es ist in jedem Falle, wo die Diagnose „Appendicitis" einmal sicher gestellt worden ist, besonders aber wo wiederholte Anfälle, wenn auch noch so leichte, aufgetreten sind, die Entfernung des Appendix auf das Dringendste anzurathen. Dies muss umsomehr geschehen, da bei dem heutigen Stande der chirurgischen Technik die sogenannte Intervall-Operation ein thatsächlich ungefährlicher Eingriff genannt werden darf. Es ist nicht zu leugnen, dass bei solchem Vorgehen gelegentlich einmal ein Appendix entfernt werden mag, welcher vielleicht auch ohne Operation keine weitere Störungen im Organismus veranlasst haben würde. Aber, bei der schon oben wiederholt hervorgehobenen Unmöglichkeit, ohne Autopsie sich Gewissheit über die exakten anatomischen Verhältnisse des Appendix zu verschaffen, wäre auch dieses Vorkommniss gewiss nicht als Missgriff oder gar als Kunstfehler zu bezeichnen.

Auf alle Fälle sind die Patienten durch die Entfernung des Appendix einer beständigen Quelle drückender Angst und Sorge enthoben. Der Arzt aber wird in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle durch solch methodische Entfernung des Appendix „nach dem ersten Anfalle", das Leben seiner Kranken vor weiteren, schweren, aus der Anwesenheit dieses tückischen Organs entstehenden Gefahren gesichert haben.

Zum Schlusse möchte ich mir gestatten, meine 66 Fälle in verschiedenen Gruppen tabellarisch zusammenzustellen:

Geschlecht.	Kranken.
Männlich 28	Während des ersten Anfalles Appendix exstirpirt, bei... 5
Weiblich 38	
66	Während späterer Anfälle Appendix exstirpirt, bei... 7
Alter.	Perityphlitischer Abscess entleert während des ersten Anfalles; Appendix exstirpirt 1 Jahr später während des zweiten Anfalles bei... 1
Im 2— 5 Lebensjahre standen ..... 3 Pat.	
Im 5—10 Lebensjahre standen ..... 6 "	
Im 10—20 Lebensjahre standen ..... 16 "	
Im 20—30 Lebensjahre standen ..... 15 "	

Im 30—40 Lebensjahre standen ..... 18 "
Im 40—50 Lebensjahre standen ..... 5 "
Im 50—60 Lebensjahre standen ..... 1 "
Im 60—70 Lebensjahre standen ..... 1 "
Im 82sten Lebensjahre standen ..... 1 "
— 66 "

Operirt.

Männlich 15
Weiblich 15
— 30

Nicht operirt.

Männlich 13
Weiblich 23
— 36

Ausgang der 30 operirten Fälle.

Gestorben 2
Komplete Heilung 26
Kein Rückfall in 3 Jahren nach Entleerung eines perityphlitischen Abscesses 1
Vier bis fünf Rückfälle nach Entleerung eines perityphlitischen Abscesses 1
— 30

Ausgang der 36 nicht-operirten Fälle.

Tod nach häufigen Recidiven.. 4
Am Leben 28
Unbekannt 4
— 36

Nach dem ersten Anfall Appendix im Intervall entfernt bei 3

Nach späteren bis zum fünfzehnten Anfall Appendix im Intervall entfernt bei..... 12

Entleerung eines perityphlitischen Abscesses ohne Entfernung des Appendix, bei 2
— 30

Komplikation während des Anfalles.	
Myocarditis	1
Thrombosis der vena femoralis, sinistra, linksseitige Pleuritis und embolische Pneumonie..	1
Rechtsseitige Wanderniere	4
Bei den letzten 4 Fällen wurde der Appendix entfernt.....	1 mal
Rechte Niere befestigt (Appendicitis-Anfälle hören aber doch nicht auf.....	1 mal
Nicht operirt, Symptome der Appendicitis aber schlagend	2 mal

131 W. 126. Str.

Gröbere anatomische Verhältnisse.	
Bei den 30 Operirten fanden sich Entzündungserscheinungen am Appendix mit oder ohne Adhäsionen...	17 mal
Acute Gangrän	12 mal
Appendix nicht entfernt nach Entleerung eines perityphlitischen Abscesses	1 mal
	30 mal

FEUILLETON.

KARL LUDWIG KAHLBAUM.

Im April dieses Jahres starb Dr. Karl Ludwig Kahlbaum im einundsiebenzigsten Lebensjahre. Das Sondergebiet der Medicin, auf welchem sich Kahlbaum einen Weltruf erworben hatte, die Psychiatrie, verliert in ihm einen der hervorragendsten Mitarbeiter. Seine eminente Beobachtungsgabe liessen ihm die gesammten Seelenstörungen in einem neuen Lichte erscheinen, was das Streben in ihm hervorrief, die Irrenheilkunde auf eine neue Grundlage zu stellen. Wenn auch seine Eintheilung der Psychosen keine allgemeine Anerkennung gefunden hat. so erweckten doch seine Ideen ein reges Interesse unter den Irrenärzten und gaben Anregung zu einer grossen Reihe werthvoller Arbeiten. Ueber die von ihm aufgestellten Krankheitsformen, die Katatonie, die Hebephrenie etc. ist im Laufe der Jahre eine stattliche Literatur entstanden, und die Kahlbaum'schen Grundgedanken haben noch immer ihren Platz behauptet.

Wie sich Kahlbaum auf dem rein wissenschaftlichen Gebiete als origineller Denker erwies, so leitete er auch seine Anstalt in Görlitz-Schl. nach eigenen Principien, so dass sich dieselbe nicht nur innerhalb der Grenzen Deutschlands, sondern in allen Ländern den Ruf eines mustergültigen Instituts erworben hat. Die psychische Behandlung der Kranken war von ihm in genialer Weise durchdacht und ausgeführt. Als Hauptprincip galt ihm dabei eine zweckmässige Arbeit der Kranken mit rationeller Eintheilung der Tageszeit. Die grosse, umfangreiche Anstalt

[1]) Ein Fall kein Recidiv in fünf Jahren.

mit allen erforderlichen Apparaten, Modelliersälen, Musikhallen etc. gewährte dabei die Möglichkeit einer strengen Individualisirung. Besonderes Interesse wendete Kahlbaum dem Studium jugendlicher Kranken zu, die mit moralischen Defecten oder Entwickelungsanomalien behaftet waren. Aus der richtigen Beurtheilung solcher Zustände ergab sich das Princip, an Stelle der früheren Strafe eine rationelle ärztliche Ueberwachung und sachkundige Erziehung treten zu lassen. Zu diesem Zweck verband er mit seiner Anstalt ein Pädagogium für jugendliche Kranke, wo Aerzte und Lehrer gemeinschaftlich der schwierigen Aufgabe der Erziehung oblagen.

Kahlbaum war einer jener seltenen Erscheinungen, die auf den mannigfachsten Gebieten Gutes zu leisten im Stande sind. Er beherrschte sämmtliche Zweige der Naturwissenschaften. Anthropologie, Astronomie, Geologie, Theologie und Botanik bildeten nicht nur seine Lieblingsstudien, sondern er hat auf allen diesen Gebieten aktiv gearbeitet, und mehrfach sind seine Arbeiten von den engeren Fachgenossen als mustergültig bezeichnet worden. Die Folge hiervon war, dass Kahlbaum jeden, der in seine Nähe kam, mit Interesse und Anregung erfüllte, wozu die jugendliche Frische und unermüdliche Arbeitskraft, die er sich bis in sein spätes Alter zu erhalten wusste, nicht wenig beitrug.

Die Zeit, die es mir vergönnt war, als Assistent Kahlbaum's an seiner Anstalt, unter seiner Leitung zu arbeiten, gehört zu den angenehmsten Perioden meines Lebens. Seiner freundschaftlichen Theilnahme verdanke ich viele Anregungen, die mir in meinem Leben unvergesslich bleiben werden.

William Hirsch.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

17 West 43. Strasse.

Sitzung vom Montag, den 6. März 1899.

Präsident: Dr. Herman G. Klotz.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der vorigen Sitzung, welches genehmigt wird.

Präsident Dr. H. G. Klotz: Da das Programm der heutigen Sitzung nicht sehr lang ist, so habe ich einige kleine Präparate mitgebracht, die Sie vielleicht interessiren werden, denn es handelt sich um einen Fall, wie er Jedem in der Praxis vorkommen kann. Ich will Ihnen die Krankengeschichte kurz mittheilen.

Bei einem 22jährigen Patienten, der wegen Gonorrhoe und Strictur in Behandlung gewesen war, wurde plötzlich unter lebhaften, von der Nierengegend ausgehenden Schmerzen ein weisser, geschlemmter Kreide ähnlicher Klumpen mit etwas Blut aus der Harnröhre entleert. Wäh-

rend einiger Tage war der Harn stark getrübt und eiweisshaltig; ausser den chemisch und microscopisch nachgewiesenen Phosphaten fanden sich im Sediment verschiedenerlei Coccen und Epithelzellen. Unter Gebrauch namentlich von Urotropin, trat im Verlauf von 3 Wochen völlige dauernde Heilung ein (seit Anf. Decbr. 1898). Es ist anzunehmen, dass sich bei dem Pat., der gewohnt war, reichlich kohlensaure natronhaltige Wasser zu trinken, Phosphate in Nierenbecken oder -Kelchen angesammelt hatten und dann zu Reizung dieser Organe Anlass gaben.

Der Fall zeigt also, dass eine an sich so unschuldige Ansammlung wie die von Phosphaten augenscheinlich zu Nierenentzündungen führen kann, die, wenn sie unpassend behandelt oder vernachlässigt wird, ebensogut in eine chronische übergehen kann, wie Nephritiden aus anderen Ursachen.

Dr. F. Lange: Die Fälle sind nicht gerade selten. Sehr interessant ist die Genese. Mir sind eine Anzahl Patienten bekannt, bei denen, wie es scheint, aufregende, angespannte geistige Thätigkeit, Sorgen und deprimirende Einflüsse auf die Phosphatausscheidung im Urin wirken. Allerdings sind bei solchen Patienten meistens auch Verdauungsstörungen vorhanden, so dass man selten klar darüber wird, was denn eigentlich die causa movens ist. Mir ist ein Arzt bekannt, der, sobald er in seiner Praxis einen aufregenden Fall hat, reichlich Phosphate ausscheidet, gelegentlich bis zu grossartigen Niederschlägen. Ich möchte fragen, ob die Herren nach dieser Richtung hin keine Erfahrung haben. Die Sache selbst ist eine bekannte klinische Thatsache.

Dr. J. Guttmann:

DIE ANWENDUNG DES HOLOCAIN ALS LOCALANÆSTETICUM BEI AUGEN-, OHREN-, NASEN- UND HALSOPERATIONEN. (Ist in No. 3 dieser Monatsschr. veröffentlicht.)

Discussion: Dr. Hermann Knapp: Dr. Guttmann hat den Gegenstand so ziemlich erschöpft, sodass mir sehr wenig zu sagen übrig bleibt. Was den ersten Punkt betrifft, wie lange Zeit es dauert, bis die Anästhesie eintritt, so muss ich mein Urtheil zu Gunsten des Holocain fällen. Meine Erfahrungen stimmen also nicht mit denen von Dr. Guttmann überein. Die Anästhesie tritt rascher auf, hält ebensolange an, vielleicht auch nicht, aber in einer halben bis einer Minute hat man vollständige Anästhesie für oberflächliche Operationen, was beim Cocain eigentlich nicht der Fall ist. Die Indication der beiden Mittel Cocain und Holocain hat ganz verschiedene Gesichtspunkte. Das eine Mittel, das Cocain, zieht die Gefässe zusammen, macht deshalb das Gewebe anämisch und sehr dünn. Bei Conjunktival-Operationen z. B. hat man kaum Widerstand genug, um die Gewebe zu fassen, die man entfernen oder mit Messer oder Zange angreifen will. Wenn man eine Schiel-Operation machen will unter Cocain-Anästhesie, so hat man mitunter seine Mühe, mit dem Haken unter die Sehne zu kommen. Man hat sehr wenig Widerstand, so dass man deshalb den Effect, den man hervorbringen will, eigentlich nicht recht beurtheilen kann. Das fällt bei Holocain weg. Etwas Aehnliches ist auch bei Ohrenoperationen, z. B. bei Polypen und dergl. zu beobachten; diese schrumpfen so zusammen, dass man wenig Haltepunkte bekommt, wenn man sie herausnehmen will. Das sind

allerdings ziemlich unbedeutende Sachen, obwohl dieselben bei Schieloperationen doch in die Wagschale fallen.

Ein anderer Umstand aber, der in Folge der verschiedenen Eigenschaften des Cocain und Holocain auch in Frage kommt, ist die Blutleere, und ich möchte sagen die Saftleere des Gewebes, und dadurch ist das Cocain entschieden ein zu Sepsis neigender Körper. Diese Beobachtungen sind im Anfang der Cocain-Anwendung von Augenärzten gemacht worden. Man fand mehr Eiterungen als früher. Es ist das zwar bezweifelt worden, aber man hat es doch niemals ganz leugnen können. Der Grund davon ist sicher nicht sehr weit zu suchen. Wenn es einen Körper giebt, der die sämmtliche Flüssigkeit aus dem Conjunktivalgewebe wegbringt und in das Innere versetzt, so kann ich mir sehr gut denken, dass die Bacterien auch damit in die Tiefe gezogen werden und gewiss eine unangenehme Wirkung auf die Operation und auch auf krankhafte Veränderungen ausüben. Ich habe aus diesem Grunde alle jene Mittel, die eine Blässe des Gewebes verursachen, vermieden, und das Holocain ist mir deshalb gerade als ein so willkommenes Mittel erschienen, weil dabei diese unangenehme Nebenwirkung wegfällt. Die Wunde blutet, wie wenn gar nichts damit in Verbindung getreten wäre, was auf das Gefäss-System einen Einfluss hat. Es ist eine altbekannte Thatsache, dass eine Staroperation, die blutet, nicht eitert. Der heutige Chirurg, wenn er sich geschnitten hat, lässt seine Wunde bluten. Er brennt sie nicht, so viel ich weiss. Wenn das Blut aus einer frischen Wunde reichlich fliesst, so bleiben keine Bacterien darin. Es giebt ja gewisse Beobachtungen, die so einfach sind, dass man sie gewissermaassen als Axiome annehmen muss, bis entgegengesetzte Beobachtungen zu anderen Erklärungen führen. Ich habe mich also aus diesem Grunde schon seit Monaten vom Cocain zurückgezogen und dasselbe bei Staroperationen schon seit längerer Zeit nicht mehr angewendet.

Nun hat das Holocain aber auch seine Unannehmlichkeit, nämlich gerade die Blutung. Diese ist bei gewissen Personen, selbst bei Staroperationen, wo man nicht viel Gefässe zu durchschneiden hat, unangenehm, so dass man an der kunstgerechten Ausführung der Operation gehindert wird. Man sieht nicht mehr die Pupille, kann den Kapselschnitt nicht sorgfältig machen, und die Zartheit und Genauigkeit dieser Operation wird dadurch sehr vermindert. Ein oder zweimal ist es mir vorgekommen, dass bei Holocainisirung bei Staroperation die Blutung so stark war, dass ich eine intra-okuläre Blutung befürchtete, und dagegen meine Schritte nehmen musste. Im Grunde genommen sind diese Fälle selten, und es ist mir lieber etwas Blutung zu haben, als septische Processe einzuleiten. Ganz und gar kann man auch bei den strengsten antiseptischen Methoden die Eiterung nicht verhüten. Es ist da die Haut, die Haare und alles Mögliche was mit ins Spiel kommt. Was man selbst in die Wunde hineinträgt, ist leicht zu sterilisiren. Die Instrumente, namentlich die geringen, welche man bei Augenoperationen braucht, sind glatt und erfordern keine besondere Herrichtung. Was sonst seitens des Operateurs Schwierigkeiten macht, die Hand, die Nägel u. s. w., das fällt Alles bei Augenoperationen fort. Die Hand kommt mit der Wunde nicht in Berührung, und die Instrumente, die mit ihr in Be-

rührung kommen, sind glatt oder man kann sie durch Kochen leicht sterilisiren. Also wenn Alles ganz und gar im Gewebe liegt und man eine Conjunktiva ebensowenig sterilisiren kann als irgend ein anderes Gewebe am menschlichen Körper, so sind Eiterungen bis jetzt nicht völlig ausgeschlossen, und wir haben, wenn auch wenig, doch immerhin ein halb oder ein Procent von Eiterungen zu beklagen. Das ist immerhin zu viel, und aus dem Grunde ist mir das Cocain etwas verleidet worden. Da mir in der letzten Zeit einige wenige Fälle vorgekommen sind, wo die Störungen bei Holocain in Betracht kamen, so glaube ich, muss man die Fälle etwas auswählen, aber im Allgemeinen, soweit jetzt meine Erfahrung geht, ist sie zu Gunsten des Holocains.

Dr. W. Freudenthal: Es schien mir schon lange nothwendig einen Ersatz für das Cocain zu finden. Die Heftigkeit und Toxicität des Cocain macht sich namentlich ausserordentlich bemerkbar, wenn wir es bei Kindern anwenden. Ich freute mich in dem Holocain einen gewissen Ersatz gefunden zu haben, und nach meine Erfahrungen, die allerdings nicht so reich sind, wie die der beiden Vorredner, muss ich sagen, dass ich im Allgemeinen mit dem übereinstimme, was Dr. Guttmann gesagt hat. Aber auch bei dem Holocain habe ich Zufälle bemerkt bei Kindern, die mir doch auch die Wirkung etwas zweifelhaft erscheinen lassen. Ich verstehe nicht recht, was Dr. Knapp soeben in Bezug auf Infection nach dem Gebrauch von Cocain gesagt hat. Wenn ich ihn richtig verstehe, so sagt er, dass wenn wir Cocain auf eine Schleimhaut einpinseln, die Gefässe sich contrahiren und durch Rückzug des Blutes und der Säfte leicht eine Infection entstehen kann, und er hat es gern, wenn es nach jeder Operation blutet. Nun, ich glaube, das ist doch etwas zu weit gegangen. Es ist doch schwer, wenn wir die Schleimhaut auch nur ein wenig sterilisiren, dass dort die Infection so schnell, in wenigen Minuten, in das Gewebe hinein vordringen sollte. Ich glaube nicht, dass das immer der Fall ist. Ich habe allerdings auch eine Berieselung des Operationsfeldes, nachdem ich operirt habe, sehr gern. Aber es muss nicht Blut sein. Zum Beispiel nach einer Operation an der Nase lasse ich gern die Leute sich schneutzen, lasse das normale Secret über die Wunde fliessen, und das wirkt als Antiseptikum. In Wirklichkeit glaube ich aber auch beweisen zu können, dass es nicht Blutleere ist, welche diese Infection hervorruft, denn ich habe gerade in letzter Woche ein Mittel angewandt, das sich jedenfalls sehr bald hier einbürgern wird, die suprarenale Kapsel. Als ich die Wirkung dieses Mittels sah, war ich ebenso erstaunt, wie das erste Mal, als ich die Wirkung des Cocains beobachten konnte. Es erschien mir wie ein Wunder. Ich applicirte eine 4proc. Lösung in die Nase, und nach wenigen Augenblicken war die ganze Partie vollständig blass, aber so auffallend, wie ich es noch nie gesehen hatte. Ich glaube, es kamen nicht mehr als ein oder zwei Tropfen Blut, jedenfalls weit weniger als bei Cocain. Ich habe das Mittel in der letzten Woche einige Male angewendet und habe nie eine Infection gesehen, und in der Nase haben wir doch immer eine offene Wundbehandlung. Ich thue ein wenig Collodium auf die operirte Stelle und ein klein wenig Watte hinein von aussen. Sonst

ist die Behandlung eine offene. Ich glaube, das spricht doch gegen die Annahme von Dr. Knapp.

Dr. M. Toeplitz: Ich möchte nur eine Beobachtung hinzufügen, die noch nicht erwähnt worden ist, nämlich die, dass das Cocain ganz gewiss eine Contraction der Gefässe hervorruft, aber dass man eine halbe Stunde nach der Cocain-Anwendung gerade das Gegentheil, eine Erweiterung der Gefässe und sehr starke Blutungen bemerkt. Ich habe diese Nachblutungen sehr häufig bei Operationen von Hypertrophien des hinteren Endes der Nasenmuschel beobachtet, wo sie ganz unangenehm werden. Wenn man den Patienten nicht mehrere Stunden in der Office behält, so blutet er, ohne dass man es controlliren kann. Ich möchte das Holocain gerade für ganz kleine Schwellungen in der Nasenmuschel empfehlen, weil es diese Nachblutungen nicht hervorzurufen scheint. Man könnte glauben, dass da keine Hypertrophie vorhanden gewesen wäre, so stark ist die Schrumpfung danach. Das Cocain ist sehr werthvoll für die Differentialdiagnostik, bei physiologischen oder grösseren Schwellungen ohne Hypertrophie. Das Holocain wäre ein sehr dankbares Mittel zur Anästhetisirung bei solchen Schwellungen, die nicht hypertrophisch sind, welche man einfach cauterisiren sollte, während die echten Hypertrophien am besten mit der kalten Schlinge entfernt würden.

Dr. J. Wolff: Ich habe einige Wochen lang an der Koelner Polyklinik Holocain angewendet, um zu sehen, ob es irgend welche Vortheile dem Cocain gegenüber hätte. Ich habe auch eine 1proc. Lösung angewendet, und zwar hauptsächlich bei der Entfernung von Fremdkörpern und kleinen Operationen. Ich fand auch, dass die Anästhesie sehr rasch eintrat, innerhalb einer Minute, aber die Röthung, von der Dr. Guttmann sprach, machte sich sehr bemerkbar, und ich fand, dass dieselbe fast immer von einem starken Brennen im Auge begleitet war; und zwar hat der zweite Tropfen mehr gebrannt, als der erste, so dass die Patienten darüber sehr klagten. Es wurde also beschlossen, das Holocain beiseite zu lassen, und wir sind beim Cocain geblieben.

Dr. J. Guttmann (Schlusswort): Indem ich den Herren, die an der Discussion theilgenommen, meinen Dank ausspreche, möchte ich nur einige wenige Worte erwidern. Wenn Dr. Knapp sagt, dass die Blässe jedenfalls auch dazu beiträgt, dass leichte Infectionen zustande kommen, so habe ich das übersehen. Ich habe aber andererseits gesagt, dass das Holocain deutlich bactericide Eigenschaften hat, und infolgedessen sind die Vortheile des Holocains dem Cocain gegenüber um so grösser, da es nicht blos nicht Blässe, Anämie hervorruft, sondern direct antiseptisch wirkt.

Dr. Freudenthal bemerkt, dass er nicht genau wisse, wie die Blässe mit der Antisepsis zusammenhängen soll. Ich glaube, man könnte das folgendermaassen erklären, dass die Blutung dadurch schon mechanisch antiseptisch wirkt, dass, wenn das Blut über das Operationsfeld fliesst, gewisse septische Infectionsstoffe weggeschwemmt werden. Wenn er bei Nasenoperation mit Suprarhenalextract eine starke Contraction der Gefässe und keine Infection beobachtet hat, so ist das kein Beweis, da wir

wissen, wie tolerant die Nase ist, wie viel bei Nasenoperationen gesündigt werden kann, was bei anderen Operationen nicht geschehen darf.

Die Behauptung von Dr. Toeplitz, dass Cocain wohl im Beginn contrahire, späterhin aber dilatirend auf die Blutgefässe wirke und infolgedessen bei Operationen der unteren Muschel häufig starke Blutungen eintreten, kann ich nur bestätigen.

Was Dr. Wolff's Behauptung betrifft, dass bei Holocain ein stärkeres Brennen, als bei Cocain eintritt, so wird dies von keinem Autor bestätigt. Soweit ich weiss, wird allgemein zugegeben, dass es wohl etwas, aber kaum merklich brenne, und das ist auch dem Cocain eigen. Von einer nachhaltigeren Wirkung bei Holocain kann nicht die Rede sein.

Dr. Jos. Fraenkel:

SYPHILIS UND GESICHTSLÆHMUNGEN.

(Ist in No. 4 dieser Monatsschrift veröffentlicht.)

Discussion. Dr. Geo. W. Jacoby: Dr. Fraenkel hat den Stand der Wissenschaft genau dargestellt, so dass nichts hinzuzufügen ist. Die Fälle von Facialis-Lähmung bei Syphilis sind selten, und wir haben den Zusammenhang noch nicht erforscht. Als ich den Titel von Dr. Fraenkel's Vortrag las, habe ich in meinen Krankengeschichten nachgesehen und finde, dass ich zwei Fälle notirt habe, die im 4. Monat der Syphilis auftraten. Immerhin war ich damals, und bin heute noch, in Zweifel, ob ein directer Zusammenhang zwischen Syphilis und Facialis-Lähmung besteht oder ob es sich um eine accessorische Wirkung handelt. Im Gegensatz zu Dr. Fraenkel muss ich bemerken, dass meine therapeutischen Erfolge durch eine antisyphilitische Behandlung durchaus nicht besser waren, als die therapeutischen Erfolge, die ich auch sonst bei Facialis-Lähmung anwende. Wir sind also nach wie vor in Zweifel, und ich kann ebenso wenig die Frage lösen helfen, wie Dr. Fraenkel.

Präsident Dr. H. G. Klotz: Ich möchte mich vom Standpunkt des Syphilidologen den Bemerkungen der Vorredner anschliessen. Es ist sehr schwer zu entscheiden, wenn der Patient unter der Behandlung gesund wird, ebenso sehr wie wenn er nicht gesund wird, ob die Syphilis eine Rolle gespielt hat. Es ist auch nicht leicht zu sagen, welche anatomische Veränderungen zu Grunde liegen sollen, wenn so plötzlich eine Lähmung hervorgerufen wird. Bei centralen Vorgängen kann man das wohl erklären, aber wenn die Nerven in der Peripherie getroffen werden, und so plötzlich unfähig gemacht werden, so ist die Ursache keineswegs klar. Ich bin also ebenso wenig im Stande die Frage zu lösen. Es ist jedenfalls interessant und der Mühe werth, die Sache zu erörtern. Dass solche Lähmungen im Anfangsstadium der Syphilis vorkommen, das ist wohl als erwiesen anzunehmen.

Dr. Joseph Fraenkel (Schlusswort): Ich habe die Mittheilung nicht gemacht in der Erwartung eine Lösung der Frage zu bringen; diese ist nach dem gegenwärtigen Stande des Thatsachenmaterials nicht gut möglich. Ueberdies sind unsere Vorstellungen über primäre, nicht indirecte syphilitische Erkrankungen der Nervenbahnen, noch recht dunkel. Ich meine damit, dass die syphilitischen Erkrankungen der Nerven-

bahnen, die durch Meningitiden, Periostitiden u. s. w. bedingte werden, wohl klar sind, dass aber die Nervendegenerationen die recenter oder älterer Lues folgen, noch pathologisch nicht ganz gelöst sind. Ich habe die Mittheilung deshalb gemacht, weil sie mir von praktischer Bedeutung schien. Wie ich den ersten Fall gesehen habe, stand ich auf dem Standpunkt des Neurologen und Internisten, und muss gestehen, dass es mir absolut unbekannt war, dass die initialen Stadien der Lues, die noch gar keine Erscheinungen gemacht haben, eine Facialisparalyse hervorrufen können. Ich habe mich vom therapeutischen Standpunkt aus veranlasst gesehen, diese Mittheilung zu machen. Ich glaube, dass nichtsdestoweniger der practische Lehrsatz gelten sollte, dass man in Fällen von Facialis-Lähmung, besonders bei jüngeren Individuen, annehmen soll, dass eine recente Lues mit im Spiel sein kann, und wenn Lues gefunden wird, ohne Rücksicht darauf ob wir den pathologischen Vorgang verstehen und ob die Facialisparalyse luetisch ist oder nicht, die syphilitische Behandlung eintreten lassen.

Präsident Dr. H. G. Klotz: Die Abstimmung über die Kandidaten hat das Resultat ergeben, dass die Herren Dr. Leon Louria und Dr. Karl Pfister zu Mitgliedern der Gesellschaft aufgenommen worden sind.

Als Mitglieder vorgeschlagen sind:

Dr. Frederick Bleil, 70 E. 8. St. von Dr. Gleitsmann.

Dr. Ludwig Ewald, 85. St. und Lexington Ave. von Dr. Ripperger.

Dr. Mortimore A. Moses, 134 W. 118. St. von Dr. Breitenfeld.

Da es noch früh ist, möchte ich fragen, ob jemand noch irgend welche Mittheilungen zu machen hat.

Dr. F. Lange: Ich möchte auf einen Uebelstand aufmerksam machen, dessen Abstellung wünschenswerth ist, das ist das Klatschen. Ich glaube, dass eine Beifallsbezeichnung durch Klatschen nicht in eine wissenschaftliche Versammlung gehört. Wenn Jemand ein Interesse an der Sache hat, so mag er es dadurch bekunden, dass er auf den Gedanken eingeht und ihn bekämpft oder unterstützt. Ich möchte also den Antrag stellen, dass es in Zukunft in unserem Verein nicht statthaft sein soll, Beifall durch Klatschen zum Ausdruck zu bringen. (Unterstützt.)

Präsident Dr. Klotz: Dieser Vorschlag geht zunächst an den Verwaltungsrath, welcher später darüber berichten wird.

Schluss und Vertagung um 10¼ Uhr.

Dr. John A. Beuermann, prot. Secretär.

Eingesandte Bücher.

Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes mit Einschluss der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Von Dr. Albert Rosenberg. Zweite neu durchgesehene und erweiterte Auflage. Verlag von S. Karger. Berlin 1899.

Deutsche Vierteljahrschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Redigirt von Dr. A. Spiess und Dr. M. Pistor. 31. Band, 2. Heft. Verlag von F. Vieweg und Sohn. Braunschweig 1899.

Annual and Analytical Cyclopaedia of Practical Medicine by Charles E. de M. Sajous, M.D., and One Hundred Associate Editors. The F. A. Davis Company, publishers, Philadelphia, 1899. Volume III.

The General Practitioner. A Manual for the Practice of Medicine. By Theodore Strehz, M.D., Fourth Edition. Published by the Author. Chicago, 1899.

Leptothrixphlegmone — eine Phlegmone sui generis. Von Dr. Max v. Arx, Olten. S.-A., Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte.

Ueber neuere Therapie der Genitalgeschwüre. Von Dr. med. Adolf Isaac. S.-A., Zeitschr. für prakt. Aerzte.

The Bertillon Classification of the Causes of Death. Issued under the auspices of the American Public Health Association. Lansing, 1899. ta oin tao tiaotao taoin taoi taoitaoi taoin aoin htaoi taoi taoi taoinhtaind

The Progress of Rhinoloy. By W. Scheppegrell, A.M., M.D., New Orleans, La., S.-A., The Laryngoscope.

Notes on the Absorption versus the Digestion of Milk. By L. Duncan Bulkley, A.M., M.D. S.-A., The Journ. of the Am. Med. Association.

Durch die Buchhandlung von Lemcke & Büchner-New York:

Die Diagnose der praktisch wichtigen angeborenen Störungen des Farbensinnes. Von Dr. scient. nat. et med. Wilibald A. Nagel. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1899.

Ueber den Abortus. Ein Leitfaden für Studirende und Aerzte. Von Frauenarzt Dr. Oscar Piering. Verlag von Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld. Berlin 1899.

Die Frühdiagnose der Choleithiasis. Von Dr. Arnold Pollatschek. S.-A., Wiener med. Wochenschr.

Durch die Buchhandlung von G. E. Stechert-New York:

Handbuch der Praktischen Medicin. Unter Redaction von Dr. W. Ebstein und Dr. J. Schwalbe. Herausgegeben von W. Ebstein. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1899. Lief. 5 mit 8.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Kindler berichtet über die weitere Anwendung des Orthoforms auf der Abtheilung Prof. Goldscheider's im Moabiter Krankenhause zu Berlin (Fortschritte der Medicin 1899, No. 7). Das Mittel hat sich auch weiter bei Geschwürsbildungen oder überhaupt Schleimhautdefecten im Kehlkopf bewährt und glaubt K. das Brennen, welches bei der Orthoforminsufflation dem Eintritt der Anästhesie vorangeht, als ein brauchbares differential-diagnostisches Zeichen für Schleimhautdefecte angeben zu können. Bei schmerzhaften Magenaffectionen wurde das basische Orthoform (3 Messerspitzen in einem Glas Wasser aufgeschwemmt) gegeben mit dem Resultate, dass bei Ulcus ventriculi und ulcerösem Carcinom ca. 10 Minuten nach Einnahme des Mittels vollkommenes Nachlassen der Schmerzen beobachtet wurde, während bei Magencatarrhen, chlorotischen Gastralgien, gastrischen Krisen nicht nur keine schmerzstillende Wirkung eintrat, sondern im Gegentheil oft über ein Gefühl der Schwere in der Magengegend geklagt wurde. K. erkennt dem Mittel eine diagnostische Bedeutung zur Erkennung ulcerativer Processe des Magens zu in der Weise, dass auftretende Analgesie mit Sicherheit für ein Ulcus spricht, ausbleibende dagegen nicht sicher gegen ein solches, weil die Wirkung vom Füllungszustand des Magens (am besten bei leerem Magen) und davon abhängig ist, ob der Geschwürsgrund gereinigt ist oder ob Gerinnsel etc. die directe Einwirkung des Mittels auf die Nervenendigungen verhindern. In einem Fall von Magencarlinom gelang es ihm, mit Hülfe des Orthoforms die richtige Diagnose zu stellen.

— Eine Dissertation von Ducray (L' orthoforme et ses indications en laryngologie, Paris 1898, Maloine) kommt auf Grund einer Reihe von Krankengeschichten aus dem Hospital St. Pothin zu den Schlussfolgerungen, dass das Orthoform vollständig ungiftig ist und in der Laryngologie, bei der Behandlung tuberculöser und krebsiger Dysphagien von vorzüglicher Wirkung und den übrigen bekannten Anästheticis, speciell dem Cocain, weit überlegen ist. (Ref. in Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 19.)

— Thyreoidextract in einem Falle von Mammacarcinom wurde bei einer 61jährigen Frau von Page und Bishop (Lancet 1898, 1. Bd., pg. 1460) unter gründlicher Ausräumung der Achselhöhle der Tumor entfernt. Ein drei Monate später aufgetretenes Recidiv erforderte eine abermalige Operation, welche 6 Wochen später wieder von einem Rückfall gefolgt war. Bei der Aussichtslosigkeit eines chirurgischen Eingriffes wurde mit der Darreichung von Thyreoidextract, anfangs in täglichen Gaben von 3 grains, später von 15 grains begonnen. Die Medication musste zeitweise unterbrochen werden, wurde aber durch 18 Monate fortgesetzt. Die Patientin befand sich nach dieser Zeit vollkommen wohl. Der Tumor war völlig geschwunden, das Körpergewicht hatte zugenommen. (Ref. in Wiener med. Wochenschr. 1899, No. 19.)

— Der spanische Militärarzt Dr. Emilio P. Noguera hatte während des cubanischen Feldzuges Gelegenheit, bei einer sehr grossen Anzahl von Verwundungen, sowohl solcher durch Kugeln, wie auch solcher

durch blanke Waffen, das Xeroform anzuwenden. Dasselbe war von ausgezeichnetem Erfolg begleitet; es wurden bei seiner Anwendung nie Intoxicationserscheinungen, noch locale Alterationen beobachtet. N. glaubt auf Grund seiner Erfahrungen mit diesem Mittel zu folgenden Schlüssen berechtigt zu sein: 1. Xeroform ist ein mächtiges Wundantisepticum, welches die hervorragendsten Dienste in der Kriegschirurgie leisten wird. 2. Es absorbirt das von der blutigen Oberfläche abgesonderte Secret, sterilisirt es und erhält die Wunde vollständig trocken und frei von Keimen, welche eine secundäre Infection hervorzubringen im Stande wären. 3. Da durch die Trockenbehandlung mit Xeroform die Wunden 48 Stunden und länger aseptisch erhalten werden, ist dieses Mittel thatsächlich unersetzlich bei der ersten Behandlung auf dem Schlachtfelde und bei der Anhäufung von Verwundeten in den Lazarethen mit wenig Personal; denn das Xeroform ermöglicht eine Verzögerung der Behandlung von Verwundungen ohne irgend welche Gefahr für den Patienten. 4. Bei Verwundungen mit Substanzverlust begünstigt es die Heilung durch kleine, harte und regelmässige Granulationen, ohne jemals jene weichen, schwammigen Wucherungen zu erzeugen, welche sehr häufig andere Antiseptica, namentlich das Jodoform, hervorrufen. (Ref. de Medicina y Cirurgia Praticas, 25. April 1899.)

— M. Gallas (Hamburg) hat in der Aerztlichen Rundschau (München, No. 7, 1899) einen Sammelbericht über die Erfahrungen mit den verschiedenen Vasogen-Präparaten veröffentlicht. Diese Erfahrungen lauten durchwegs günstig. Die Eigenschaft der Vasogene, sonst unlösliche Heilmittel in Lösung zu bringen und zu halten, ist besonders werthvoll beim Jodoform, da ein indifferentes und reizloses Lösungsmittel für dasselbe bisher noch nicht existirte. Die ausserordentliche Emulsionsfähigkeit mit Wasser und den Wundsecreten ermöglicht auch eine viel intensivere Ausnützung des Heilwerthes des Jodoforms. Die ausgedehnteste Anwendung wird daher das Jodoform-Vasogen auf chirurgischem Gebiete finden, und sind es hier speciell Fisteln, Abscesshöhlen, besonders tuberculöser Natur, Bubonen u. s. w., wo es zur Verwendung gelangte. Zu Einspritzungen in den Gehörgang wurde es besonders bei Mittelohreiterung mit Erfolg verwendet. Der gleiche Vorzug der Lösung in einem indifferenten und reizlosen Lösungsmittel hat dem Jod-Vasogen sehr geltend gemacht. Die Anwendungsarten für dasselbe sind ausserordentlich zahlreich. Es eignet sich nicht nur zur äusserlichen, sondern ganz besonders auch zur innerlichen Application. Es kann sehr leicht auf Zucker genommen werden, wird aber auch in Gelatine-Kapseln zu 0.5 Jod-Vasogen 6% fabrikmässig hergestellt, welche also 0,03 Jod entsprechend etwa 0.04 Jodkali enthalten. Bei der äusserlichen Anwendung tritt neben der besonders tiefgehenden Jodwirkung die angenehme Eigenschaft noch hervor, dass die Jodfärbung schon nach wenigen Minuten verschwindet, die ja besonders im Gesicht und am Halse sehr unangenehm war. Kreosot-Vasogen unterscheidet sich von den anderen Vasogen-Präparaten dadurch, dass es mit Wasser in jedem Verhältniss nicht nur emulgirt, sondern sich völlig löst. Dieser Umstand ermöglicht es, bei der inneren Medication desselben mit dem Vehikel zu wechseln, da man jede wässerige Flüssigkeit, wie Bier, Wein,

Thee, Kaffee u. s. w. als solches benutzen kann. Einreibung mit Kreosot-Vasogen empfehlen sich auch dringend bei Kindertuberculose. Ichthyol-Vasogen wurde mit bestem Erfolg bei entzündlichen Erkrankungen des äusseren Gehörganges und auch des Mittelohres angewandt. Es wurden zu diesem Zwecke Wattebäuschchen mit demselben getränkt und eingelegt. Auch in der Frauenpraxis wird es mit grossem Erfolge statt des Ichthyolglycerins zur Tamponade benutzt. Ueber das Quecksilber-Vasogen, sowie die damit hergestellten Gelatinkapseln liegen sehr günstige Mittheilungen vor. Besonders wird die viel grössere Reinlichkeit bei der Handhabung, die viel grössere und schnellere Resorbirbarkeit und daraus folgende schnellere und nachhaltigere Wirksamkeit betont. Ueberraschend schnelle Heilung von Syphilitischen wurde in dem österreichischen Specialkurort Lipik beobachtet; während die gleichen Erfolge der Besserung und Heilung bei Anwendung von Ungt. hydrarg. cin. offic. erst Ende der 5.—6. Woche eintraten, zeigte sich derselbe Effect bei Gebrauch des Quecksilber-Vasogens schon nach 12 Tagen.

— Cassoute machte schon auf dem vorjährigen Congress für Pädiatrie in Marseille kurze Andeutungen über seine neue Methode, welche soeben an der Hand eines grossen Materials von Corgier in einer eingehenden Broschüre (Traitement des infections broncho-pulmonaires aiguës par le Creosotal, Montpellier 1899) beschrieben wurde, über abgekürzte Behandlung der Pneumonie, Bronchopneumonie und anderer acuter Erkrankungen der Luftwege. Die Methode besteht in der fortgesetzten Darreichung ziemlich hoher Dosen Creosotal. Schon nach 24 Stunden tritt meist der typische Temperaturfall ein; die Entfieberung bleibt bei genügend langer Fortsetzung der Creosotal-Darreichung eine dauernde. Die Fiebercurve steigt aber sofort wieder, wenn das Creosotal ausgesetzt wird, ehe die Zeichen der Auscultation verschwunden sind. Die so häufigen Rückfälle und Folge-Krankheiten bleiben vollständig aus. Das Creosotal wirkt um so besser, je leichter und frischer die Infection ist. Expectorantien, Antipyretica, auch Chinin, werden vollständig verlassen. Die Toleranz des Creosotals seitens des Verdauungscanals ist eine vollkommene. Der Appetit kehrt schnell zurück.

Cassoute verordnet das Creosotal in folgender Weise:

Bei Erwachsenen sofort 10 gr. in 24 Stunden.

Rp. Creosotal.....10,0
Emulsion.....60,0
DS. Auf 4 mal in 24 Stunden zu nehmen.

Oder noch einfacher:

Rp. 1 Flasche Creosotal zu 25 oder 50 gr, täglich früh und Abends 1 Kaffeelöffel voll (ca. 5 gr.) in einem Tässchen heisser, gezuckerter Milch.

Bei Kindern bis zu 1 Jahr 0,25 bis 1 gr. Creosotal.
Bei Kindern von 1 bis zu 4 Jahren 1 bis 3 gr. Creosotal.
Bei Kindern von 4 bis zu 6 Jahren 3 bis 4 gr. Creosotal.
Bei Kindern von 6 bis zu 10 Jahren 4 bis 5 gr. Creosotal.

Rp. Creosotal (je nach dem Alter) Emulsion oder Brustsyrup 60,0 gr.
DS. Innerhalb 24 Stunden auf 4 mal zu nehmen.

Die Dosen können ohne jede Gefahr erhöht werden. Da man bei Beginn der Krankheit nicht weiss, ob die Infection eine mehr oder weniger virulente ist, so wendet man von vorneherein eine ziemlich hohe Dosis an. Erst wenn die Temperatur normal geworden ist, darf man die ursprüngliche Dosis um die Hälfte reduciren, aber unter aufmerksamer Beobachtung der Fiebercurve, um sofort zu den höheren Dosen zurückzukehren, sobald die Curve wieder steigt. Mit der Darreichung des Creosotals darf nur allmählich aufgehört werden, indem man die Dosen seltener darreicht und verkleinert, bis jedes Zeichen der Auscultation verschwunden ist; denn so lange die Läsionen nicht geheilt sind, muss man eine Reinfection oder eine Erhöhung der Virulenz abgeschwächter Bacterien befürchten.

Kleine Mittheilungen.

— Der Congress für innere Medicin hat einem im vorigen Jahre gefassten Beschlusse zu Folge in diesem Jahre in Karlsbad getagt. Die Wahl des berühmten böhmischen Curorts zum Sitz des Congresses gerade im jetzigen Augenblick entbehrte nicht einer besonderen Bedeutung; gab sie doch den deutschen Aerzten die willkommene Gelegenheit, ihren unter so schwierigen Vrhältnissen arbeitenden deutsch-österreichischen Collegen einen Beweis ihrer herzlichen Sympathie zu geben. Dieses Gefühl der gegenseitigen Sympathie, der engen Zusammengehörigkeit ist in den Karlsbader Tagen häufig zum Ausdruck gekommen, von den Reden zur Eröffnung des Congresses an, wo jede Anspielung auf die intimen Beziehungen zwischen deutscher und österreichischer Wissenschaft mit lebhaftem Beifall begleitet wurde, bis zu den Schlussworten, in denen v. Leyden dem Wunsche nach einer steten Fortdauer des freundlichen Verhältnisses zwischen den Klinikern in Oesterreich und dem deutschen Reiche Ausdruck gab. Die Eröffnung des Congresses spielte sich in sehr feierlicher Weise ab. Quinke hielt die Festrede; Regierung und Stadt hatten eine Reihe von Vertretern zur Begrüssung gesandt; im Namen der Karlsbader Aerzte sprach der 96-jährige Hofrath v. Hochberger, der seit dem Jahre 1830 bis zum heutigen Tage ununterbrochen in Karlsbad practicirt und sich noch der persönlichen Bekanntschaft mit Goethe rühmt. Die Rede des einer phänomenalen Rüstigkeit sich erfreuenden Greises machte einen tiefen Eindruck. Die wissenschaftlichen Verhandlungen fanden lebhafteste Betheiligung, wobei offenbar das schlechte Wetter, das den Congress fast bis zum letzten Tage verfolgte, günstig einwirkte. Die Ausstellung war gut beschickt und in den hellen Räumen des Curhauses übersichtlich aufgestellt. Am meisten Interesse erregten wohl die zahlreichen für die neue Klinik des Prof. v. Jaksch in Prag bestimmten Gegenstände, von denen manche durch neuartige, zweckmässige Construction (so eine Personenwaage zum abwägen von Kranken in liegendem Zustande und bei Benützung des Bettes), alle durch gediegene und schöne Ausführung sich auszeichneten. Man erfuhr dabei auch, dass auf der neuen Prager Klinik die Einrichtung einer besonderen Abtheilung für Kaltwasserbehandlung,

wohl die erste an einer deutschen Klinik, vorgesehen ist. Man kann von dem Karlsbader Congress nicht sprechen, ohne auch des auf Einladung der Stadt Marienbad unternommenen Ausfluges nach Marienbad, dem aufstrebenden Schwestercurort Karlsbads, zu gedenken. Was hier in wenigen Stunden den Theilnehmern Schönes, Gutes und Interessantes geboten wurde, kann hier zwar nicht eingehender geschildert werden; es möge aber der gastfreundlichen Stadt und den liebenswürdigen Collegen, die die Führung übernommen hatten, ein Wort herzlichen Dankes dafür von hier auch ausgesprochen werden. (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 16.)

— Ueber gewisse Zustände in der französischen medicinischen Presse giebt der Pariser Correspondent der „Heilkunde" Auskunft, welche nicht ohne Interesse sein dürfte, damit man sich ein Urtheil von der „wissenschaftlichen" Bedeutung der zahlreichen, seit einigen Jahren gratis verschickten Zeitschriften bilden kann. Die Zahl der medicinischen Zeitschriften in Paris, sagt er, nimmt in einer geradezu fabelhaften Weise zu. Dieselbe ist von Januar 1898 bis Januar 1899 von 186 auf 296 angestiegen; die ärztlichen Journale der französischen Hauptstadt haben sich also um 60 Procent innerhalb eines einzigen Jahres vermehrt. Trotzdem dürfte aber diese Zunahme als eine Pseudohypertrophie zu diagnosticiren sein, denn der Fortschritt in der Quantität steht im umgekehrten Verhältnisse zur Qualität dieser Zeitschriften, die sich, wenn man ihre biologischen Verhältnisse näher studirt, der Mehrzahl nach als im Zustand des Parasitismus auf dem Specialitätenhandel lebend, ergeben. Eine eigne, angeblich wissenschaftliche Zeitschrift herauszugeben, ist in Paris die modernste Form der Reclame für die Vertreiber medicinischer und hygienischer Artikel. Apotheker, Droguisten, chemische Fabriken, Laboratorien für Harnuntersuchungen, Instrumentenmacher, Badeanstalten, Krankenwärterinnungen, Milchproducenten, medicinische Verleger u. s. w. gründen um die Wette solche Zeitungen, die mit harmlosen Sitzungsberichten oder medicinischen Anecdoten auf der mehr oder weniger versteckten Tendenz und schliesslich directe Reclame für ihre Zwecke folgen lassen. Zahlende Abonnenten haben diese Zeitschriften natürlich nicht, sie werden gratis sämmtlichen Aerzten von Paris, oft auch denen vom übrigen Frankreich und des Auslandes zugeschickt, und können sich so häufig einer recht grossen Auflage rühmen, wodurch ihnen dann wieder gut bezahlte Inserate für andere Artikel, die mit den eigenen nicht in Concurrenz treten, zugehen. (Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte 1899, No. 9.)

— Im Staate Ohio wurde von den öffentlichen Behörden der Firma Scott & Bowne zum Vorwurfe gemacht, dass ihre bekannte Scott's Emulsion Narcotica enthielte, und dass der Verkauf derselben ohne die Aufschrift „Gift" nach den Gesetzen des Staates daher strafbar sei. Thatsächlich wurde denn auch ein Apotheker in Cincinnati wegen des Verkaufes der Scott'schen Emulsion in den Anklagezustand versetzt, da in derselben Morphin enthalten sei. In der Gerichtsverhandlung jedoch wurde der Nachweis erbracht, dass in der betr. Emulsion weder Morphin noch sonst irgend ein Narcoticum vorhanden ist und wurde demgemäss der Apotheker als nicht schuldig befunden.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Monatsschrift, 1899, No. 16 mit 20.

1) K. Bohland: Ueber den Einfluss einiger Arzneimittel auf die Bildung und Ausscheidung der Harnsäure. (Aus dem Laboratorium der med. Klinik in Bonn.)

2) Fr. N. Schulz: Ueber das Wesen der praemortalen Stickstoffsteigerung. (Aus dem physiol. Institut in Jena.)

3) G. Galli (Vernate-Mailand): Beitrag zur Behandlung der Pellagra. — Verf. glaubt in dem Eisenarseniat ein gutes Mittel für die Behandlung dieser Krankheit gefunden zu haben. Er beschreibt 4 damit behandelte Pellagrafälle, bei welchen er einen guten und dauernden Erfolg zu verzeichnen hatte, obgleich dieselben sehr schwerer Natur waren und durchaus nicht jugendlich kräftige Personen betrafen.

4) O. Vulpius: Weitere Erfahrungen über die Sehnenüberpflanzung. — V. beschreibt seine Erfahrungen in dieser Hinsicht auf Grund 80 solcher in seiner Anstalt in Heidelberg vorgenommener Operationen. Er hält die Sehnentransplantation für ein sehr bedeutsames Hülfsmittel für den Orthopäden. Sein Werth ist um so höher zu schätzen, weil es gerade solche, ungemein häufige Leiden erfolgreich zu bekämpfen gestattet, die bisher wenig zugänglich schienen, und deren Therapie darum in den Hintergrund trat, während auf anderen Gebieten die moderne Orthopädie, neue Bahnen betretend, erhebliche Fortschritte machte.

5) R. Stich: Aneurysma der Arteria axillaris dextra; Hirnembolie; Nachblutung; Heilung. (Aus der chir. Klinik zu Erlangen.) — Es handelte sich um den interessanten Fall eines traumatischen Aneurysmas in Verbindung mit einem consecutiven arteriellen Hämatom. Die Behandlung gestaltete sich zu einer äusserst schwierigen. Zuerst wurde centrale und periphere Unterbindung der Arteria axillaris vorgenommen, einige Zeit später wegen heftiger Blutung Ligatur der A. axilaris oberhalb des Musc. pectoralis major. Eine weitere interessante Erscheinung war eine vorübergehende Thrombose der betr. Arterie und Verschleppung eines Thrombentheiles centralwärts in eine abgehende Arterie. Die Folge davon war ein apoplectischer Anfall mit gegenseitiger Hemiplegie.

6) O. v. Ley (Würzburg): Zur Scoliosenbehandlung. — Der Artikel enthält nichts wesentliches Neues.

7) Ch. Kassel und K. Mann: Beiträge zur Lehre von der Gruber-Widal'schen Serumdiagnose des Unterleibstyphus. (Aus der med. Poliklinik und dem hygien. Institut der kgl. Universität Würzburg.) — Bekanntlich bezeichnete Widal in seiner ersten Veröffentlichung über die zunächst nach ihm benannte Reaction als Hauptvorzug derselben, dass sie die sichere Diagnose des Typhus zu einer Zeit gestatte, in der die übrigen Zeichen dieser Krankheit meist noch fehln. 43 Typhusfälle aus dem Material der med. Poliklinik, bei denen die Verf. die Reaction anstellten, zeigten nun, dass dieselbe nicht eine unanfechtbare Frühdiagnose des Typhus gestattet. Diese Annahme Widal's, wie auch andere Behauptungen früherer Autoren sind offenbar dadurch veranlasst worden, dass

damals die für eine beweiskräftige Reaction zu fordernden Cautelen noch nicht bekannt gewesen und später nicht genügend beachtet worden sind.

8) Assacky (Bukarest): Ueber die Freund'sche Operation. — Verf. citirt die Aeusserungen verschiedener Autoren über den Erfolg der Freund'schen Prolapsoperation, die alle darin übereinstimmen, dass die Freund'sche Operation ein paliativer Eingriff ist, dessen gute Resultate eng mit der mehr oder weniger lange hinausgezogenen Gegenwart der Nahtfäden verknüpft sind. Dass Freund selbst der nämlichen Ansicht ist, erhellt aus einem Briefe, den er über diesen Gegenstand an den Verf. gerichtet hat.

9) F. Horn: Ein Beitrag zur Frage der Kolpaporrhexis in partu. (Aus der rheinischen Provincial-Hebammen-Lehranstalt zu Köln.) — H. beschreibt einen Fall von Ruptur des rechten hinteren Scheidengewölbes in partu, verursacht durch 7 Secaledosen vor Beendigung der Geburt. Naht von der Scheide aus, Tamponade, Heilung.

10) M. Müller (Pförring a. D.): Ein Fall von Colpaporrhexis.

11) E. Maillefert (Magdeburg): Ein Fall von Infection der Genitalien mit Vaccine. — Die Infection war bei einer im 7. Monat der Schwangerschaft stehenden Frau dadurch zu Stande gekommen, dass sie zur Entfernung des Ausflusses, an dem sie in dem letzten Monat ihrer Schwangerschaft litt, einen Leinwandlappen benutzte, mit dem sie zuvor die Impfpusteln ihres jüngsten Kindes bedeckt hatte.

12) Max v. Pettenkofer: Ueber den grossen Gehalt des Hamburger Bodens an Ammoniak und anderen stickstoffhaltigen Bestandtheilen unmittelbar vor dem Ausbruch der Choleraepidemie des Jahres 1892. Die Thatsache, dass kurz vor Ausbruch der Cholera der Boden in Hamburg in hohem Grade mit Ammoniak und organischen, stickstoffhaltigen Substanzen verunreinigt gewesen war, sieht P. als einen Beweis für die Bodentheorie gegenüber der Trinkwassertheorie an.

13) Rammstedt: Ein Fall von Milzbrand der Zunge mit Ausgang in Heilung, nebst Bemerkungen zur Behandlung des Milzbrandcarbunkels. (Aus der kgl. chir. Universitätsklinik des Herrn Prof. v. Bramann zu Halle.) — Der Fall betraf einen 28 Jahre alten polnischen Arbeiter, der in einem Raume wohnte, in welchem ein Fleischer verbotener Weise öfters Vieh zu schlachten pflegte. Abfälle aller Art, Felle, Knochen, Hüfe und Blut lagen dort stets unter üblem Geruch umher. Die Therapie enthielt sich, wie in allen Fällen von Milzbrand, welche Prof. v. Bramann seit 1890 in der Haller Klinik zu behandeln Gelegenheit hatte, jedes chirurgischen Eingriffes. Es wurden bei Bettruhe Eisstückchen, Spülung des Mundes mit essigsaurer Thonerdelösung, Eiscravatte um den Hals, ferner kräftige Diät und Excitantien, besonders Alcoholica in concentrirter Form gegeben.

14) E. Ziemke: Hämatom der weichen Hirnhaut beim Milzbrand des Menschen. (Aus der kgl. Unterrichtsanstalt für Staatsarzenikunde der Universität Berlin.) — Es handelte sich um einen selteneren Fall von Milzbrandinfection bei einer Frau. Neben einer Pustula maligna, der localen Infectionsstelle an der linken Wange, fand sich bei der Obduction als auffallendste Veränderung der inneren Organe eine über die ganze

Oberfläche des Gehirnes ausgedehnte Blutinfiltration der weichen Hirnhaut, ein Befund, der bisher nur in wenigen Fällen beim Milzbrand des Menschen erhoben worden ist.

15) J. Kälble: Untersuchungen über den Keimgehalt normaler Bronchiallymphdrüsen. (Aus dem path. Institut in München.)

16) G. Zimmermann (Dresden): Zur Physiologie des Gehörorgans. Das Resumé der Z.'schen Arbeit ist folgendes: 1. Das Trommelfell mitsammt der Gehörknöchelchenkette macht bei der Schallleitung nur moleculare Schwingungen. 2. Das Trommelfell mitsammt der Knöchelchenkette ist ein durch ein präcises Muskelspiel ausgezeichneter reflectorischer Regulirapparat; das runde Fenster wirkt als automatisches Ventil. 3. Es gibt nur eine Schallleitung zum Labyrinth: die Knochenleitung; sie kann eine directe sein von der Schallquelle selbst (z. B. Stimmgabel) oder eine indirecte durch ein noch eingeschobenes Medium hindurch (z. B. Luftsäule).

17) E. Jacoby (Bayreuth): Autotransfusion und Prophylaxe bei Lungentuberculose, nebst Mittheilungen aus Dr. Weicker's Heilanstalt der Gräfin Pückler in Görbersdorf. — Die J.'sche Autotransfusion besteht darin, die statistischen Verhältnisse der Blutsäule in den Lungen durch besondere Art der Lagerung des Patienten derart zu beeinflussen, dass durch die Tieflagerung der Schultern mit Elevation der unteren Extremitäten und des Beckens die ständige hypostatische Senkung des Blutes von den Lungenspitzen nach den Mittel- und Unterlappen, wie sie bei der aufrechten Haltung des Menschen nach dem Gesetz der Hypostase unzweifelhaft statthat, eingeschränkt und somit auf indirectem Wege eine bessere Versorgung der Lungenspitze mit Blut erzielt würde. Die von J. als relativ gedachte Hyperaemie der Lungenspitzen sollte dann 1. die im Blutserum enthaltenen Alexine Buchner's als bactericide Stoffe wirken lassen; 2. durch bessere Durchfeuchtung der Bronchiaschleimhaut das auf ihr haftende Secret leichter lösen, so dass eine leichtere und reichlichere Expectoration erfolgt, worauf dann die Hustenattaquen minder zahlreich auftreten und die Lungen alsdann nach der Aushustung des Bronchialsecrets Ruhe haben werden, und 3. das Lungengewebe besser ernähren.

18) H. Steudel: Ueber Pulsveränderungen in Folge von Aortenaneurysmen. (Aus dem städt. Krankenhause zu Kiel.)

19) F. Siegert (Strassburg): Ueber die Leistungen des Orexinum tannicum bei der Bekämpfung der Anorexie im Kindesalter. — Auf Grund seiner Erfahrung mit Orexinum tannicum kommt S. zu dem Schlusse, dass dasselbe in allen Fällen von Anorexie im Kindesalter ausnahmslos versucht zu werden verdient, und dass es, ohne eine Panacee für alle zu sein, selbst da gute, oft glänzende Erfolge geben wird, wo jede Therapie aussichtslos erschien.

20) G. v. Liebig: Behandlung der Gehörleiden in der pneumatischen Kammer.

21) J. Mayr (Bogen): Pemphigus vegetans. — M. beschreibt einen Fall dieser Art bei einem 36 Jahre alten Manne. Es wurde Heilung erzielt durch täglich zweimalige Bäder und Irrigationen und Auflegen von weisser Präcipitatsalbe und kräftige Ernährung.

Centralblatt für innere Medicin, 1899, No. 16 mit 20.

1) S. Landauer: Ein Fall von tiefsitzendem Oesophagusdivertikel. (Mittheilung aus der Poliklinik von Dr. Boas, Berlin.) — Der Fall betraf einen 51 Jahre alten Mann und ist ein sehr seltener. In der Literatur sind nur 4 ähnliche Fälle beschrieben. Der Weg auf dem L. zur Diagnose gelangte ist genau angegeben, ebenso die einschlägige Literatur.

2) K. Bohland: Ueber die chemotaktische Wirkung der Toxine des Bact. typhi und des Bact. coli commune auf die Leukocyten. (Aus der med. Klinik in Bonn.) — Die Toxine von Bact. typhi wirken negativ chemotaktisch auf die Leukocyten, die von Bact. coli commune positiv chemotaktisch. Die bei den Versuchsthieren hervorgerufene Hypoleukocytose ist auf eine verschiedene Vertheilung der Leukocyten in den peripheren und centralen Partien des Gefässsystems. Da auch das Serum von Typhuskranken auf die Leukocyten negativ chemotaktisch wirkt, so wird man die bei dem Typhus abdominalis zu constatirende Hypoleukocytose auf die in dem Blut kreisenden Toxine der Typhusbacillen zurückführen dürfen. Damit stimmt sehr gut überein, dass die Hypoleukocytose bestehen bleibt, so lange das Fieber andauert, und ebenso stimmt mit dieser Annahme das Wiederauftreten derselben bei allen Nachschüben und Recidiven überein.

3) A. Köppen (Norden): Nierenblutung und Diazoreaktion bei Grippe. — Verf. theilt die Krankengeschichte zweier Fälle von Influenza mit obigen Symptomen mit. Dieselben verschwanden zu gleicher Zeit mit der Influenza.

4) Maragliano (Genua): Die Betheiligung des Staphylococcus in der Pathogenese der Chorea rheumatica. — M. hat zuerst die generelle Idee der Infectiosität als auch das specielle Vorhandensein des Staphylococcus bei der Chorea betont. Er hatte im Jahre 1891 den Fall eines Kindes beschrieben, welches an rheumatischer Chorea gestorben war, und bei dem er aus Theilen des Nervensystems einen Staphylococcus aureus von ganz besonderer Virulenz züchten konnte. Die gleiche Beobachtung wurde seitdem von einer ganzen Reihe von Autoren gemacht, so dass man annehmen muss: 1. Die rheumatische Chorea ist ein infectiöser Process, der an die Anwesenheit verschiedener Mikroorganismen gebunden ist, welche an und für sich oder durch ihre Toxine an dem nervösen Process Schuld sind. 2. Der Staphylococcus ist der Hauptträger der Infection bei Chorea.

5) E. Fuchs: Ueber eosinophile Zellen mit besonderer Berücksichtigung des Sputums. (Aus der med. Klinik des Prof. R. v. Jaksch in Prag.) — Betreffs der Frage ihrer Entstehung hat Verf. den Eindruck gewonnen, dass dieselben aus veränderten rothen Blutkörperchen entstehen können, welche von gewissen Leukocyten durch eine Art Phagocytose aufgenommen werden. Verf. bespricht dann das Vorkommen der eosinophilen Zellen im Sputum bei verschiedenen Krankheitsformen. An eine specifisch bactericide Eigenschaft der eosinophilen Zellen gegenüber dem Tuberkelbacillus vermag F. nicht zu glauben.

Centralblatt für Chirurgie, 1899, No. 16 mit 20.

1) M. Rutkowski: Zur Methode der Harnblasenplastik. (Aus der chir. Universitätsklinik zu Krakau.) — Der Erfolg einer Blasenplastik hängt in allererster Reihe von der Qualität des verwendeten Materials ab. Als hierzu am besten geeignet sieht R. einen Darmwandlappen an, dessen Grösse dem Defect in der Blase genau angepasst werden kann. Das Verfahren wird an einem mit dieser Methode mit Erfolg operirten Falle beschrieben.

2) O. Zuckerkandl (Wien): Zur Blasendrainage. — Z. betont der von Kackowski angegebenen Methode der Blasendrainage mittelst eines obturirenden Kautschukballons gegenüber die Vorttheile der Dittel'schen Heberdrainage mittels des Knierohrs. Nach seiner Ansicht erscheint zur Zeit die Ersetzung des Heberprincips durch ein anderes complicirteres Verfahren nicht discutabel.

3) L. Krause (Warschau): Ueber holzharte Entzündung des Bindegewebes (Phlegmon ligneux Reclus). — K. beschreibt zwei Fälle dieser zuerst von Reclus erwähnten Erkrankung. Die Ursachen derselben sind noch dunkel, und sind auch die von K. beobachteten Fälle nicht geeignet zur Erklärung derselben etwas Wesentliches beizutragen.

4) R. Galeazzi: Ueber die Lagebestimmung von Fremdkörpern vermittels Röntgenstrahlen. (Aus der chir. Klinik des Ospedale Mauriziano Umberto 1. in Turin.) — Verf. gibt ein neues Verafhren an, mit welchem Folgendes ermöglicht wird: 1. die practische und genaue Bestimmung des Fusses der vom Mittelpunkt eines in einem beliebigen Theil des menschlichen Körpers, besonders aber in der Schädelhöhle befindlichen Fremdkörpers auf die äussere Oberfläche seiner Wand — selbst wenn diese rund wie der Schädel ist — gezogenen Normallinie; 2. die Bestimmung der Tieflage des Fremdkörpers durch Ableitung aus den relativen Versetzungen der Irradiationsquelle und des radioscopischen Bildes.

5) K. G. Lennander: Ueber die Möglichkeit, Thrombose in den Venen der unteren Extremitäten nach Operationen zu verhüten, nach denen längeres Stillliegen nöthig ist. (Aus der chir. Klinik zu Upsala.) — Nach der Ansicht L.'s ist es möglich, in manchen, ja in den meisten Fällen einer Thrombenbildung in den Venen der unteren Extremitäten dadurch vorzubeugen, dass man mittels Erhöhung des Fussendes des Bettes durch Unterlegen von Holzklötzen unter die Bettfüsse den Abfluss des venösen Blutes aus den unteren Extremitäten nach dem Herzen zu erleichtert.

6) R. Minervini: Vorschlag zu einer ausziehbaren versenkten Naht. (Aus dem Institut für klin. Chirurgie und Pathologie der Universität zu Genua.)

7) N. A. Sokoloff: Zur Gastroenterostomie nach der Methode von Podrez. (Aus der chir. Abth. des Alt-Katharinenhospitals zu Moskau.) — Auf Grund von 4 nach der Podrez'schen Methode operirten Fälle kommt S. zu der Ansicht, dass dieselbe nicht in allen Fällen Ausnicht auf gutes Gelingen giebt, dass man sich daher vielmehr vorläufig noch an die althergebrachten Methoden halten muss, welche allein in

allen Fällen von dem gewünschten Erfolg begleitet sein werden, und welche weder das Gelingen der Operation noch das Leben der Kranken von verschiedenen noch dunklen Bedingungen abhängig machen.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899. No. 14 mit 19.

1) E. Wertheim: Zur plastischen Verwendung des Uterus bei Prolapsen. (Aus dem Bettinapavillon in Wien.) — Gelegentlich der Operation einer schweren Blasen-Scheidefistel, zu deren Schliessung W. nach der glücklichen Idee W. A. Freund's den in die Vagina eventrirten Uterus benutzte, kam ihm der Gedanke, das nämliche Verfahren bei jenen schwer zu heilenden Prolapsen, welche sich unter dem Bild der Cystocele präsentiren und nach der Operation am häufigsten und schnellsten zu recidiviren pflegen, anzuwenden. Der Uteruskörper schien ihm durch seine Gestalt und Grösse sehr geeignet zu sein, nach Art einer Pelotte gegen die Cystocele zu wirken, und die durch die Operation dem Uterus aufgezwungene Ueberanteversion und Streckung musste in günstiger Weise der Senkung der Vagina entgegenarbeiten. Dieses Verfahren brachte er dann in zwei Fällen zur Anwendung. Der Erfolg war ein sehr guter. W. schlägt vor, das Verfahren als intravaginale Vaginofixation zu bezeichnen.

2) S. Gottschalk: Zur Operation der Retroflexio uteri. Entgegnung auf den gleichnamigen Artikel von A. Mackenrodt in No. 8 dieses Blattes.

3) L. Pincus (Danzig): Zangen mit abnehmbaren Griffen. — Verf. beschreibt nach seinen Angaben angefertigten Zangen mit abnehmbaren Griffen, die eine bequeme Freilegung des Portio vaginalis Zwecks Vornahme intrauteriner Therapie ermöglichen sollen. Sie sollen erfolgreich einen Assistenten ersetzen, da sie eine ausgedehnte Verwendung des kurzen Röhrenspeculums gestatten.

4) E. Pollak: Drei konservative Kaiserschnitte an derselben Frau. (Aus der Klinik Chrobak.) — Verf. giebt die einzelnen Krankengeschichten und beschreibt die in Anwendung gebrachten Operationsverfahren.

5) A. v. Gubaroff (Moskau): Eine ungewöhnliche Cyste des Lig. rotundum. — Es handelte sich um ein grosses, ganz bewegliches Kystom, dessen obere Grenze anderthalb handbreit über dem Nabel zu tasten war und welches eine deutliche Fluctuation erkennen liess. Bei der Operation wurden mehrere Liter wasserflüssiger, ganz farbloser, seröser Flüssigkeit durch eine Incision der Cystenwand entleert. Beim Besehen des langen Stiels wurde bemerkt, dass das Ligamentum rotundum sinistrum ganz deutlich in die Oberfläche dieser Cyste überging und in der Cystenwand fächerartig verschwand. Die innere Oberfläche der Cyste erwies einen deutlichen Endothelüberzug.

6) W. A. Freund: Die Krankheiten des Beckenbindegewebes von A. v. Rosthorn. — Die Arbeit enthält eine eingehende Besprechung der v. Rosthorn'schen Werkes über diesen Gegenstand.

7) A. Neumann (Berlin): Macht die Aenderung des Begriffs „Kindbettfieber" eine Aenderung der polizeilichen Anzeigepflicht nothwendig? — Während Olshausen wünscht, dass die polizeilichen Ver-

ordnungen am besten den Begriff des „ansteckenden und übertragbaren Kindbettfiebers" annehmen, und Baumm die polizeiliche Anzeige nur für die „schwereren Formen" des Wochenbettfiebers befürwortet, ist Verf. der Ansicht, dass alle von den Geburtswegen einer Wöchnerin ausgegangenen ansteckenden Krankheiten mit Einschluss der verdächtigen Fälle der Anzeigepflicht von Seiten der Hebammen und Aerzte unterliegen sollen.

8) R. Koenig: Eklampsie. Sectio caesarea post mortem. Lebendes Kind. (Aus der Universitäts-Frauenklinik, Bern.)

9) F. Neugebauer: Eine Bemerkung zu dem Aufsatz des Herrn Opitz: „Ueber automatische Herzthätigkeit menschlicher Föten" in No. 9 dieses Blattes 1899. — Die Arbeit ist ein Controversartikel, in welchem N. gegen „mehrere ihm von Herrn Opitz gemachte Vorwürfe und Missdeutung seiner Aesserungen" protestirt.

10) H. Peters (Wien): Ueber Kranioklasie und eine Modifikation des C. v. Braun'schen Kranioklasten. — Mit Rücksicht auf die Mängel, welche dem Braun'schen Kranioklasten anhaften hat P. sich ein verbessertes Instrument anfertigen lassen. Die Wesenheit der Modification desselben liegt darin, dass mit der Kranioklastwirkung auch eine Kephalotribe- resp. Basiotribewirkung verbunden werden kann, wodurch die dem C. v. Braun'schen Krannoklast anhaftenden Mängel eliminirt erscheinen.

11) W. A. Freund (Strassburg i. E.): Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Radicalbehandlung der Uteruscarcinome von R. Frommel, Erlangen. — Verf. giebt eine gedrängte Uebersicht der Frommel'schen Arbeit.

12) F. Neugebauer: 50 Missehen wegen Homosexualität der Gatten und einige Ehescheidungen wegen „Erreur de sexe." — N. hat in der von ihm zusammengestellten Casuistik nicht weniger als 50 Missehen gefunden, welche zwischen 2 Menschen gleichen Geschlechtes geschlossen waren, weil das Geschlecht irrthümlich bestimmt worden war. N. ist überzeugt, dass solche Fälle viel öfter vorkommen, als bisher angenommen wurde, dass aber in vielen Fällen die „Erreur de sexe" gar nicht erkannt, in anderen todtgeschwiegen wird, um unliebsames Aufsehen und Gerede zu vermeiden. Sehr zahlreich sind die Fälle von wegen „Erreur de sexe" aufgelösten Verlobungen, wo also eine Untersuchung in der letzten Stunde noch vor der Trauung das richtige Geschlecht feststellte und die Verheirathung des homosexuellen Brautpaars verhinderte.

(Fortsetzung in nächster Nummer.)

— Verzogen: Dr. Otto H. Schultze nach 1109 Madison Ave. Dr. Korner nach 242 E. 12. Str. Dr. J. S. Meltzer nach 166 W. 126. Str. Dr. E. Danziger nach 2022 Madison Ave.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

Dr. A. RIPPERGER,
126 E. 122d St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.
Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XI. New York, Juli 1899. No. 7

ORIGINALARBEITEN.

Ueber Hernien und die Indications-Stellung zur Operation.*

Von

Dr. Otto Kiliani,

Chirurg am Deutschen Hospital in der Stadt New York.

Als unser Secretär vor Kurzem mit dem ehrenvollen Antrage an mich trat, vor dieser Gesellschaft zum Schluss der Saison einen kurzen Vortrag zu halten, glaubte ich, aus verschiedenen Gründen, kaum ein geeigneteres Thema wählen zu können, als das, welches ich mir heute Abend Ihnen vorzulegen erlaube. Erstens bieten die Hernien entschieden ein gemeinsames Interesse, so dass ein gegenseitiges Vergleichen der Erfahrungen über dieses Kapitel sowohl, wie eine Aussprache darüber für den Chirurgen wie für den praktischen Arzt nur von Vortheil sein kann; und zweitens glaube ich, in den letzten Jahren genügendes Material beobachtet und operirt zu haben, um Ihnen meine eigenen clinischen Eindrücke wie meine persönlichen Resultate vorführen zu dürfen, von denen rückschliessend, ich Ihnen gerne meinen allgemeinen Gesichtspunkt vorlegen möchte.

Die Litteratur über Hernien ist eine derartig umfassende, und zugleich vorzügliche, dass ich dieselbe füglich beiseite lassen darf, und nur jene allgemeinen Schlüsse hervorheben will, die von den leitenden Chirurgen†) und inneren Medicinern anerkannt werden.

---

* Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung der Aerzte des Deutschen Dispensary am 17. Mai. 1899.

†) Eine vorzügliche zusammenfassende Arbeit neueren Datums ist: Die Lehre von den Unterleibsbrüchen von Prof. Karl Maydl. 1898. Wien.

Die Unterleibsbrüche, welche zur Beobachtung des Arztes kommen, können füglich in zwei grosse Gruppen eingetheilt werden: Nicht-incarcerirte und incarcerirte.

Von der ersten Klasse wollen wir zunächst die Leistenbrüche betrachten, welche natürlich das grösste Contingent aller Hernien bilden. Dieselben können füglich in reponible und irreponible eingetheilt werden. Die clinische Unterscheidung, ob dieselben angeboren oder erworben, einseitig oder doppelt sind, ist für unsere praktische Betrachtung heute Abend nicht von grosser Bedeutung. Die Mehrzahl der Bruchleidenden, welche sich ärztlicher Behandlung unterziehen — was leider nicht allzuhäufig der Fall ist — kommen zuerst dem Familienarzt zur Beobachtung. In den meisten Fällen wird die Anschaffung eines geeigneten Bruchbandes gewünscht. Gewöhnlich begnügt sich der Arzt, dem Patienten den Kauf eines solchen anzuempfehlen. Die Bruchband-Fabrikanten — oder richtiger -Verkäufer — zum Theil Handschuhmacher, „Drygoods Clerks", Apotheker, u. s. w., besitzen gewöhnlich nicht die geringsten Kenntnisse der anatomischen oder pathologischen Verhältnisse. Selbst wenn der Arzt — in Ausnahmefällen — den Patienten mit dem fertigen Bruchbande untersucht, so besitzt er häufig nicht genügende Erfahrung oder technisches Verständniss, um ein werthvolles Urtheil über die Leistungsfähigkeit des verschriebenen Apparates abzugeben. Manche der Collegen halten es direkt unter ihrer Würde, sich durch persönliche Untersuchung zu überzeugen, ob ein Bruchband richtig sitzt und so seinen Zweck erfüllt.

Als Hauptregel lässt sich folgender Satz aufstellen: Bruchbänder sollten nur von Patienten mit gänzlich reponiblen Hernien getragen werden. Nur in Ausnahmefällen dürfen irreponible Hernien mit Bruchbändern behandelt werden, welche dann ganz spezielle Sorgfalt in ihrer Anfertigung und Anlage verlangen. Hält ein Bruchband eine vollständig reponible Hernia gänzlich in der Bruchhöhle zurück, so erfüllt es seinen Zweck. Doch selbst dem bestsitzenden Bruchbande haftet ein grosser Mangel an, nämlich: die Beförderung der Atrophie des die Bruchpforte bildenden Gewebes, welche das Leiden statt zu bessern, verschlimmert. Nur bei ganz jugendlichen Individuen gelingt es, offene Bruchpforten durch das Tragenlassen von Bruchbändern zur Heilung zu bringen, was durch die grössere Resistenz und Lebensfähigkeit des Gewebes leicht erklärlich ist. Ueber die Anlegung des Bruchbandes bei der Behandlung eines

reponiblen Leistenbruches ist es nicht nöthig, vor dieser Gesellschaft ein Wort zu verlieren; der Patient legt sich auf den Rücken, mit hochgezogenen Oberschenkeln, drängt den Bruch durch gleichmässiges Compromiren mit beiden Händen, mit walzenden Bewegungen in die Bauchhöhle zurück (was, wenn gelungen, gewöhnlich durch ein gurrendes Geräusch angezeigt wird), verschliesst mit zwei Fingern die Bruchpforte, und legt mit der anderen Hand die Pelotte des Bruchbandes auf, welches dann in der richtigen Lage festgeschnallt wird.

Enthält ein irreponibler Bruch Darm, so wird von dem Tragen eines Bruchbandes am besten ganz abgesehen aus naheliegenden Gründen. Die in dem Sack liegende Darmschlinge ist constanten mechanischen Insulten ausgesetzt; der Koth wird fortwährend in seiner Weiterbeförderung aufgehalten; Stauungen und Entzündungserscheinungen bis zur schwersten Art müssen nothwendigerweise eintreten. Besteht der Inhalt aus Netz, so ist der angerichtete Schaden nicht so gross; er zeigt sich dann meistens in ausgedehnten und sehr derben Verwachsungen mit dem Sack, die eine eventuelle spätere Operation ausserordentlich erschweren können. Dazu kommt, dass selbst bei freien Hernien das bestsitzende Bruchband sich oft bei ungewöhnlichen Anstrengungen verschiebt, so dass es seinen Zweck nicht mehr erfüllt, und der Patient wird durch das Tragen desselben constant an sein Gebrechen erinnert, — kurz, er ist in vielen Fällen in seinem Lebensgenuss und in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt.

Die Idee, Brüche durch radikale Operationen zu heilen, ist ebenso naheliegend, wie alt. Ich habe jedoch gar keinen Grund, auf die recht interessante Geschichte der Bruchoperationen einzugehen; ich möchte Ihnen vielmehr den Stand der heutigen Chirurgen nach den Erfahrungen der letzten Jahre vorlegen.

Wenn sich ein Patient mit reponibler Leistenhernie zur Operation entschliessen soll, so muss er zunächst über zwei Hauptpunkte aufgeklärt werden: 1. über die damit verbundene Lebensgefahr, und 2. über die Wahrscheinlichkeit einer definitiven Heilung, wozu vielleicht noch die Frage nach der Heilungsdauer tritt.

Absolute Contraindicationen zur Operation giebt es eigentlich keine, obwohl Kinder unter vier Monaten, sowie sehr gebrechliche Patienten von hohem Alter womöglich von der Operation auszuschliessen sind. Ebenso sollten Bluter womöglich

ausgeschlossen werden, da das definitive functionelle Resultat zum grossen Theile von der exactesten Hämostase abhängt. Die Frage bezüglich der Lebensgefahr ist ausserordentlich leicht zu beantworten. Nach Berichten der verschiedenen Operateure mit grossen statistischen Belegen ist der Sterblichkeits-Procentsatz gleich Null. Endet wirklich einmal ein solcher Eingriff tödtlich, der vielleicht nicht zur Veröffentlichung gelangt, so gehört dies eben zu jenen chirurgischen Entgleisungen, wie sie bei jeder anderen Operation auch vorkommen können. Ich selbst habe in meiner chirurgischen Erfahrung keinen derartigen Fall lethal endigen sehen.

Was nun das definitive Resultat der radicalen Operation bei Inguinalhernien betrifft, so will ich statt die Zahlen der einzelnen Statistiken anzuführen, Ihnen nur mittheilen, dass ein Durchschnittsprocentsatz von 4,7 für die Bassini'sche Operation für freie Leistenhernien herauszurechnen ist. Im Uebrigen will ich mich ganz an meine eigenen Zahlen halten, obwohl dieselben klein sind. Ich nenne die Bassini'sche Operation, weil ich dieselbe seit drei Jahren, über welche sich meine hier einbezogenen Fälle erstrecken, ausschliesslich angewendet habe. Bei der Werthabschätzung einer Methode ist die persönliche Erfahrung deshalb so wichtig, selbst wenn sie verhältnissmässig beschränkt ist, weil es sich nicht nur darum handelt, ob die betreffende Methode an sich die beste ist, sondern auch, ob der betreffende Operateur dieselbe am besten beherrscht. Dazu kommt noch die Auswahl der Fälle, indem sich bestimmte anatomische Verhältnisse zur Vornahme einer gewissen Operation nicht eignen.

Ich habe in den letzten drei Jahren im Ganzen 88 Hernien operirt. Hiervon entfallen auf die freien Inguinalhernien 45. Die geübte Methode war jedesmal Bassini's; die Heilungsdauer im Druchschnitt 22½ Tage. Ich sage absichtlich Heilungs- und nicht Herstellungsdauer. Pat. ist für wenigstens 2 Monate für ganz schwere Arbeit nicht geeignet. Ein Bruchband lasse ich in Uebereinstimmung mit anderen Chirurgen als direct schädlich, niemals nach der Operation tragen. Das gebrauchte Nähmaterial Chromcatgut; leichte Eiterungen in drei Fällen = 6,7%, wovon zwei auf Hematome zurückzuführen sind; tiefe Eiterung nach Primärheilung an der Oberfläche, wo ein theilweises Oeffnen der angelegten Naht nothwendig wurde, habe ich in einem Falle erlebt, — in dem übrigen das Endresultat noch als zufriedenstellend bezeichnet werden konnte.

Was nun die Frage des Recidiv's betrifft, so habe ich mir, so weit es der mir gegönnte kurze Zeitraum erlaubte, alle erdenkliche Mühe gegeben, die von mir operirten Patienten wieder aufzufinden, was in diesem Lande mit seiner ausgebreiteten Freizügigkeit nichts Leichtes war. Zu meinem Erstaunen gelang es mir, von den 45 operirten freien Inguinalhernien 32 wieder untersuchen zu können, unter denen sich nur ein Recidiv befand. Dies würde also einem Procentsatz von 3,1 entsprechen. Freilich ist bei Fünfen der seit der Operation verstrichene Zeitraum nicht lang genug, um strengen statistischen Ansprüchen zu genügen. Das Postulat wird jetzt ziemlich allgemein auf 1¼ Jahre festgesetzt. Ich versuche auch durchaus nicht, Ihnen eine Statistik meiner Fälle zu geben, da dazu die Anzahl der Operirten viel zu gering ist, doch genügt sie wohl, um bei unserer heutigen Besprechung als Anhaltspunkt für allgemeine Anschauungen dienen zu können.

Als Complicationen bezüglich des Inhalts mögen hier genannt werden: einmal wurde der Appendix ohne pathologische Veränderung im Bruchinhalt gefunden und mit exstirpirt; drei Mal waren die Hernien mit Hydrocelen verbunden und zweimal mit Cryptorchismus. Als Complication in gewissem Sinne könnte die etwas ungewöhnliche Grösse einer Hernie angeführt werden, die bis fast ans Knie reichte und erfolgreich radical operirt wurde.

Als nächst häufigste Hernie ist die Femoralhernie zu nennen, welche allerdings frei relativ selten zur Operation kommt. Ich selbst habe nur vier derselben operirt, wovon eine, wenn auch kein functionelles Recidiv, doch kein ideales Resultat aufweist. Es war dies ein Fall, in dem eine leichte Randnecrose der Haut eintrat. Die geübte Operationsmethode war Fabrizius'. Als Complication ist hier ein Fall anzuführen, in dem die Harnblase mit im Bruchsack lag. Von den übrigen Brüchen habe ich eine epigastrische Hernie operirt, in welcher die Magenwand mit etwas Netz überzogen den Bruchinhalt bildete. Der Fall war als Lipom diagnosticirt gewesen.

Die Nabelhernien werden weiterhin besprochen werden, da sie alle incarcerirt waren.

Ventralhernien hatte ich acht zu operiren, sämmtlich traumatischen, nämlich post-operativen Ursprungs. Das grösste Contingent weisen hiervon die Appendicitishernien auf. Dieselben waren all frei und weisen ein Recidiv auf, welches ich dann noch-

mals einer Operation unterwarf, trotzdem aber ein kleines Recidiv nicht vermeiden konnte.

Die incarcerirten Hernien bilden ein durchweg anderes Bild für den Hausarzt sowohl wie für den operirenden Chirurgen. Handelt es sich bei nicht-incarcerirten Hernien um eine gewisse Unbequemlichkeit des Patienten, sowie eine Schwächung und eine entfernte mögliche Gefahr, so befindet sich der Bruchleidende, sobald die Hernie eingeklemmt ist, in acutester Lebensgefahr. Die Verantwortlichkeit des behandelnden Arztes ist die denkbar schwerste; das Leben des Patienten hängt direct von der frühzeitigen richtigen Diagnose des Arztes und in zweiter Linie von der richtigen technischen Ausführung der Operation ab. Dieses Verhältniss besteht zu Recht, welcher Art auch immer die betreffende Hernia anatomisch zuzutheilen ist. Glücklicherweise ist das Bild der Einklemmung gewöhnlich ein so schweres, dass ein Verkennen des Zustandes nicht allzu häufig ist. Trotzdem kommen schwere Irrthümer vor, besonders wenn die eingeklemmte Hernia sehr klein ist, von der der Patient event. selbst nichts weiss. Andererseits lässt man sich, besonders wenn man den Fall erst nach Ablauf der ersten stürmischen Einsatzerscheinungen zu sehen bekommt, durch den Mangel an schweren Symptomen täuschen. Sämmtliche typischen clinischen Merkmale können besonders gegen das Ende gänzlich fehlen oder sehr abgeschwächt sein. Ich habe Fälle gesehen, wo das eingeklemmte Darmstück in toto gangränös war; trotzdem bestand absolute Euphorie; Erbrechen fehlte gänzlich wegen completer Lähmung des Darmees; Peritonitis war sehr gering; das abführende Darmende lieferte die ganze Beobachtungszeit hindurch Stuhl; die Temperatur war practisch normal, — allerdings an der subnormalen Grenze; der Puls 120, infolge von Stimulantien von ziemlich guter Qualität; nur die locale Untersuchung und der Gesichtsausdruck des Patienten verriethen, dass derselbe moribund war, — wovon weder der Arzt noch der Patient etwas wusste. Gehören solche Fälle auch zu den Ausnahmen, so kommen sie doch vor, wie jeder Chirurg bestätigen können wird. Zunächst ist also das Wichtigste die Diagnose einer Einklemmung, welche manchmal, wie angedeutet, nur durch die genaueste locale Untersuchung, gepaart mit der intensivsten Aufmerksamkeit und clinischer Erfahrung zu stellen ist. Ist das clinische Bild richtig gedeutet, so frägt es sich, was für eine Behandlung einzuschlagen ist. Wohl jeder, der zu einer einge-

klemmten Hernie gerufen wird, wird zunächst eine Taxis versuchen. Dieselbe leistet zweifellos in vielen Fällen Gutes, ist aber niemals gefahrlos. Die damit verbundene Gefahr ist entschieden in Patienten- wie in Aerztekreisen wesentlich unterschätzt. Gewöhnlich versucht schon der Patient unmittelbar nach der Incarceration die Reposition, wobei der Bruchsack, sowohl wie dessen Inhalt ziemlichen Insulten ausgesetzt wird. Wird dann der Arzt gerufen, so werden diese Versuche mit Energie und Ausdauer fortgesetzt. Wäre es möglich, bei der oft später folgenden Operation die pathologischen Verhältnisse mit den Collegen, welche die Repositionsversuche anstellen, zu studiren, so würde diese Methode sicher weniger geübt werden, da die bei der Operation gefundenen Verhältnisse oft auf das Evidensteste zeigen, dass und warum eine erfolgreiche Reposition absolut unmöglich war. Die hiermit verbundenen Gefahren sind theoretisch sattsam bekannt: Zunächst ist eine Sprengung des Bruchsackes möglich, welche dann eine gänzliche Reposition verhindern kann durch eine Einklemmung in den entstandenen Riss; zweitens ist eine Berstung des Darmes möglich mit nachfolgender tödtlicher Peritonitis; drittens wird manchmal — und zwar gar nicht so selten, — die Hernie en bloque reponirt, d. h. der Bruchsack mit dem Inhalt wird durch die Bruchpforte gezwängt, so dass sich derselbe innerhalb der Bauchhöhle befindet, wodurch die Einklemmung keineswegs gehoben wird.

Die exspectative Methode, wie Anwendung des Aethersprays, Auflegen des Schrotbeutels, Opium oder auch hohe Einläufe haben deswegen so enorme Gefahren, weil je nach der Art der Einklemmung die Zeit, wie lange der abgeschnürte Darm eine Constriction aushält, eine total verschiedene ist. Nach 6 Stunden schon ist Gangrän zur Beobachtung gekommen, — wiederum ein Beweis, wie gefährlich die Taxis sein kann, — sodass also die Operation, wenn als nöthig erkannt, gar nicht schnell genug vorgenommen werden kann. Es möge auch hier eingeschaltet werden, dass eine eventuelle Probepunction zur Differentialdiagnose wegen der damit verbundenen hohen Gefahr absolut zu verwerfen ist. Ein weiterer Nachtheil des zu langen Abwartens besteht darin, dass Microorganismen bei Einklemmungen bekanntlich durch die Darmwand auswandern und so das Bruchwasser äusserst infectiös machen können, was die Prognose wesentlich verschlechtert.

Meine persönliche Erfahrung in dem gegebenen Zeitraum

über incarcerirte Hernien erstreckt sich auf 18 inguinale, 5 femorale, 6 Nabel- und 1 perineale Hernia. Die letztere kam nicht zur Operation, sondern wurde, nachdem sie zu den schwersten und stürmischsten Erscheinungen geführt hatte, durch mehrere hohe Masseneinläufe in Knie-Ellenbogenlage gehoben. Der Tumor, der etwa apfelgross rechts von der Mittellinie des Darmes in Erscheinung getreten war, verschwand, und mit ihm alle bedrohlichen Symptome mit einem Schlage.

Von den übrigen 29 incarcerirten operirten Hernien starben 9, ein Verhältniss, welches gänzlich von dem Zeitpunkt der Operation abhängt. Bei 11 Fällen mussten mehr oder weniger ausgedehnte Darmdesektionen angeschlossen werden; bei sechsen wurde aus verschiedenen Gründen, hauptsächlich Collapse, ein radicales Operiren nicht versucht; 10 wurden unter Cocain-Anesthesie operirt, da der Zustand der Patienten eine Narcose unrathsam erscheinen liess.

Obwohl sich viele interessante Momente aus diesen Operationen eingeklemmter Hernien ableiten liessen, will ich mich darauf beschränken, anzuführen, dass ich drei sogenannte Littré'sche Hernien, richtiger Darmwandbrüche genannt, operirt habe, alle mit Erfolg; zwei hiervon waren Inguinal-, eine Femoralhernie. Diese bieten ein ganz besonderes Interesse, weil sie relativ leicht zu übersehen sind und erfahrungsgemäss zu den allerschwersten Zuständen führen. Sie sind auch gar nicht so sehr selten, wie vielfach angenommen wird, und die Möglichkeit, dass eine solche Hernie vorliegt, muss deshalb immer im Auge behalten werden.

Eine eigentlich Littré'sche Hernie, nämlich eine innere Einklemmung durch ein Meckel'sches Diverticulum, habe ich ebenfalls operirt. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde sofort bei der Aufnahme in's Hospital gestellt und die Operation sofort angeschlossen. Patient starb bald an einer schon vorher bestehenden hochgradigen Peritonitis. Ich erlaube mir Ihnen hier das Präparat vorzulegen.

Einmal wurde in einer Scrotalhernie mit weitem Ring der perforirte Appendix gefunden.

Ohne irgend wie ungebührlich in den Vordergrund treten zu wollen, und im vollen Bewusstsein, durchaus nichts Neues in dieser vielfach auf das Gründlichste ventilirten Frage bringen zu können, möchte ich doch meine persönliche Stellungnahme zur Frage der Operation der Brüche auf Grund meiner persönli-

chen Resultate Ihnen vorlegen. Dies aus dem einfachen Grunde, weil selbst die bestgeführten Statistiken, — der zuverlässigsten und glaubwürdigsten Beobachter — niemals den persönlichen Eindruck ersetzen können. Freilich, ob es mir gelingt, Ihnen meine Auffassung richtig zu begründen und zu erklären, muss ich dahingestellt sein lassen.

Jede Hernie stellt für den damit Behafteten eine grössere oder geringere Unbequemlichkeit dar, welche in gewissem Masse den Lebensgenuss und die Leistungsfähigkeit des Patienten beeinträchtigt. Gewisse Berufsarten bleiben dem Patienten direct verschlossen. Hierzu kommt das wichtige Moment der nicht zu leugnenden constanten Lebensgefahr, in welche derselbe zu irgend einer Zeit durch seinen Bruch gebracht werden kann. Wie gross die Herabsetzung der Leistungsfähigkeit ist, geht daraus hervor, dass alle Bruchleidenden zum Militärdienst als untauglich zurückgewiesen werden, und wie gross die Gefahr, daraus, dass viele Lebensversicherungsgesellschaften Bruchleidende direct abweisen, sie aber nach einer Radicaloperation annehmen. Obwohl ich es mir sonst zur Regel gemacht habe, keinem Patienten zu einer Operation dringend zuzurathen, welche nicht unumgänglich nothwendig ist, glaube ich doch, dass jedem Bruchleidenden die Operation vorzuschlagen ist. Ist derselbe gewillt, die damit verbundene Gefahr auf sein Risico zu nehmen, so nehme ich die Operation vor. Wie gross diese Gefahr ist, ersehen Sie daraus, dass ich persönlich bei 58 nicht incarcerirten Hernien keinen Todesfall erlebte, ebenso wie andere Operateure, mit viel grösseren Zahlen, bei einer Operationsreihe, die sich über die letzten fünf Jahre erstreckt, — seit der Vervollkommnung der Operationsmethode. Was die Sicherheit des angestrebten Resultates betrifft, so sollte ich glauben, dass der gegebene Procentsatz von Recidiven anderer Operateure von 4%—6%, sowie mein eigener von 3,4% (2 Recidive auf 58 Herniotomien) entschieden die Berechtigung verleiht, diese segensreiche Operation vorzunehmen, welche geeigenschaftet ist, für den Patienten so viel zu leisten.

Ist die alle solche Patienten bedrohende Einklemmung einmal eingetreten, so ist die Verantwortlichkeit des Chirurgen gleich Null, indem man eben den gegebenen Verhältnissen entsprechend eingreift; dagegen wächst die Verantwortlichkeit des Hausarztes, welcher in den meisten dieser Fälle zuerst gerufen wird, in's Ungeheuerliche, indem nur eine sofortige richtige Er-

kenntniss der acuten Gefahr mit unmittelbar folgendem Entschluss zur Operation das Leben des Patienten retten kann.

116 E. 57. Str.

Arzt und Zahnarzt.

Eine zwanglose Plauderei.

Von

Otto Bickel, D.D.S., New York City.

Ein halbes Jahrhundert ist verflossen, seit die erste zahnärztliche Schule gegründet wurde, und dem unermüdlichen, erfolgreichen Streben hervorragender Praktikanten ist es gelungen, die Zahnheilkunde zu einer Wissenschaft, einer ausgesprochenen Spezialität herauszubilden. Während in früheren Zeiten der Schwerpunkt der zahnärztlichen Wirksamkeit naturgemäss auf mechanischer Geschicklichkeit des Ausübenden liegen musste, steht der m o d e r n e Zahnarzt mit seinen Arbeiten durchaus auf wissenschaftlichem Boden.

Ist es bei diesem Standpunkte der Zahnheilkunde nicht ganz natürlich, wenn die Repräsentanten des Faches Anerkennung der wissenschaftlichen Welt und Gleichberechtigung mit anderen Spezialfächern erstreben? Ist es zu verwundern, wenn die moderne Zahnheilkunde im Bewusstsein ihrer Leistungen sich unter die Flügel der Medicin zu begeben trachtet, als geschätzte Vertreterin einer Spezialität, deren Errungenschaften sie ohne Frage zu allen Ehren berechtigen?

Der Zahnarzt von ehedem, welcher unter Vorantritt einer Musikkapelle die Strassen durchzog, und „ohne jeglichen Apparat" rechts und links den friedfertigen Bürgern die Zähne auszog, oder auch abbrach, der Charlatan, auf den der Arzt mit Verachtung hinabblicken durfte — er gehört der Legende an. An seine Stelle getreten ist der moderne Zahnarzt, ein Mann mit ernstem, wissenschaftlichem Streben, dessen Wirkungskreis der Mund und die Zähne sind. Letztere unter allen Umständen zu erhalten, ist das Ideal des conservativen Zahnarztes, und die Behandlung der Krankheiten der Mundhöhle seine unbestrittene Domäne. Die Kenntnisse und Uebung dazu wird in Kliniken und durch praktische Demonstration in zahnärztlichen Schulen erworben, welche den medizinischen Lehranstalten in keiner Weise nachstehen.

Es ist eine Thatsache, dass die Studenten der Zahnheilkunde in Anatomie und Physiologie wohl orientirt sind, während dem jungen Mediziner selbst die allergeringsten Aufklärungen über Zahnheilkunde in den meisten Fällen fehlen. Dies durfte seinen Grund darin haben, dass der Arzt es unter seiner Würde hält, der Zahnheilkunde (früher ein Zweig der niederen Chirurgie) irgendwelche Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Und dass dies geradezu unhaltbare Zustände sind, hatte ich sehr häufig in meiner Praxis Gelegenheit zu bemerken. In mehr als einem Falle habe ich gesehen, wie hervorragende Aerzte Operationen ausgeführt hatten, welche schwer entstellende Narben im Gesichte des Patienten hinterliessen, ohne dass die Operation irgend einen Erfolg zeigte. Die einfache Entfernung von periostitischen Wurzeln, die darauf ausgeführt wurde, erledigte diese Fälle auf das prompteste.

Ich habe Fälle gesehen, dass Patienten wochenlang ärztlicherseits an Angina dentaria behandelt wurden, wo nach Extraktion eines deplacirten Weisheitszahnes oder einer erkrankten Wurzel sofortige Besserung eintrat.

Catarrhalische Affection des Antrum Highmori wurde jahrelang vom Hausarzte als Neuralgie behandelt. Es blieb dem Zahnarzte überlassen, einen mit der Wurzel in das Antrum hineinragenden Zahn als den Uebelthäter auszufinden, und durch Entfernung desselben die „Neuralgie" zu heben.

Um bei der Behandlung von Zähnen gute Resultate zu erhalten, ist es unumgänglich nothwendig, die benachbarten Gewebe in gesunden Zustand zu bringen. Sicherlich wird Niemand behaupten, dass die Behandlung der Gewebe des Mundes weniger medicinische Kenntnisse erfordert, als die Behandlung von Auge, Ohre oder Nase.

Wenn wir weiter bedenken, wie es neueren Forschungen gelungen ist, das Schmerzenskind der Zahnheilkunde, Pyorrhoea alveolaris in unbestreitbaren Zusammenhang mit Diabetes, Gout und Rheumatismus zu bringen, so sollte dies im Verein mit den oben angeführten Fällen genügen, um den innigen Zusammenhang von Medicin und Zahnheilkunde hinreichend zu demonstriren. Ebensowenig, wie der Mund, der Anfang des Verdauungstraktes, willkürlich von diesem abgetrennt werden kann, ebensowenig darf zwischen Medicin und Zahnheilkunde eine Scheidelinie gezogen werden.

Es versteht sich von selbst, dass der Zahnarzt als Ausüber

seiner medicinischen Spezialität die Grundlagen der Mutterwissenschaft beherrschen muss, so dass die Zeit nicht fern sein dürfte, dass die Ausübung der zahnärztlichen Praxis nur Leuten gestattet wird, die als Aerzte approbirt sind.

In Deutschland sowohl als in Amerika ist eine rege Agitation im Gange, um dies einzuführen. Bis zur Verwirklichung dieses zahnärztlichen Utopiens wird voraussichtlich nicht allzu viel Zeit vergehen, und ist nur zu hoffen, dass bis zur Erreichung dieses Zieles „auf's Innigste zu wünschen" die Stimmung in der medicinischen Welt eine ebenso enthusiastische werden möge, als sie es in zahnärztlichen Kreisen ist.

Ueber Anwendung der Jodpräparate in der Chirurgie.*

Von

Dr. Gustav Blech, prakt. Arzt in Chicago.

Sublimat, Karbolsäure und Jod waren die drei Kardinalmittel der Antisepsis seit ihrer Einführung in die Chirurgie, namentlich wo Sterilisation durch trockne oder feuchte Hitze nicht anwendbar ist.

Das Sublimat und die Karbolsäure werden heutzutage wegen ihrer Giftigkeit wohl nur äusserst selten gebraucht und sind diese Droguen bei Laparatomieen z. B. sogar sehr verpönt.

Das Jod hat trotz einiger Gegner doch noch seinen Platz in der Chirurgie und wird ihn noch lange inne halten.

Da die officiellen Präparate: die Jodtinktur und das Jodoform neben vielen guten Eigenschaften auch noch mehrere schlechte besitzen, so wurden sie bisher nur sorgfältig und blos in gewissen Fällen angewandt. Diese Mängel, die wohlbekannt sind, sind nun durch verschiedene chemische Prozesse beseitigt worden, so dass, meiner Ansicht nach, gewisse Jodpräparate heute als ideales Antiseptikum für die chirurgische Praxis angesehen werden können.

Um den Werth der erst unlängst eingeführten Präparate würdigen zu können ist es durchaus nothwendig, dass wir die Schattenseiten der Jodtinktur und des Jodoforms kurz betrachten.

*) Vortrag, gehalten in der Chicagoer Deutschen Medicinischen Gesellschaft am 22. Juni 1899.

Die Jodtinktur wurde bisher meist nur äusserlich (Einpinselung) angewandt. Sie dringt zwar nach mehrmaliger Applikation durch die Epidermis bis ins Corium — weiter aber nicht. Sie hat daher als Antiseptikum bei Gelenkentzündungen keinen Werth. Aehnlich dem Spanisch-Fliegenpflaster hat sie nur eine ableitende Wirkung, die aber doch sehr gering ist und durch Hitze ersetzt werden kann. Da sie eine ätzende Wirkung hat, können nur verdünnte Lugol'sche Lösungen für die Abwaschung von Wunden benützt werden. Zwar benutzen einige, namentlich französische Wundärzte schwache Lösungen bei eiternden Wunden und Abscessen, hierzulande aber werden für solche Zwecke schwache Sublimatlösungen oder aqua hydrogenii dioxidi verwendet. Die ätzende Wirkung der Jodtinktur wird mit Nutzen angewandt, wo Zellgewebe zerstört oder mucosa obliterirt werden soll, und wird deshalb als Einspritzung bei Struma und Hydrocele gebraucht. Das Jodoform war von jeher ein bevorzugtes Mittel wegen seiner schmerzstillenden und stark antiseptischen Eigenschaften. Dagegen haben bakteriologische Experimente bewiesen, dass gewisse Microorganismen sich in der Substanz selbst aufhalten können, so dass das Jodoform selbst, ehe es in Anwendung gebracht wird, sterilisirt werden muss.

Das Jodoform hat auch einen durchdringenden, manchen Leuten sehr widerlichen Geruch und ist schon seine Anwendung aus aesthetischen Gründen zu vermeiden, denn in der Laienwelt wird immer das Jodoform mit venerischen Krankheiten in Verbindung gebracht. Das Jodoform ist durchaus nicht giftfrei und sind Vergiftungsfälle vielfach berichtet worden. Vor etwa sechs Jahren hatte ich selbst eine solche Erfahrung an einem dreijährigen Knaben, dem ich eine ziemlich grosse Brühwunde verband. Seitdem habe ich das Jodoform nie mehr benutzt. Alle Versuche, den Geruch durch Hinzufügung anderer Chemikalien, als Kampher, Menthol, Kreolin, Karbolsäure u. s. w. zu entfernen sind bisher gescheitert. Ein Vorwurf, der bisher nur von wenigen gemacht wurde, ist, dass das Jodoform, selbst wenn es fein pulverisirt ist, nicht dünn genug auf eine Wundfläche gestäubt werden kann. Das Jodoform, wie bekannt, ist in Wasser unlöslich.

Eine Reihe von Droguen sind nun entdeckt worden, von denen die Erfinder oder die Fabrikanten behaupteten, dass alle Mängel des Jodoforms entfernt seien, während nichts vom therapeutischen Werthe eingebüsst wurde, ja womöglich noch das

Jodoform in der Hinsicht übertreffe. Ich brauche nur an Jodol, Aristol, Dermatol und ähnliche mehr zu erinnern. Die genannten Mittel sind von mir mehrere Jahre in meiner Privatpraxis angewendet worden, ich kann aber nicht behaupten, dass ich mit ihnen durchweg gute Resultate erzielt habe. Allerdings ist der Geruch besser, die schmerzstillende Eigenschaft des Jodoforms jedoch habe ich nicht bemerken können. Ausserdem heilten selbst frische, nicht infizirte Wunden nicht immer per primam und waren Eiterungen auch nicht zu vermeiden. Von mancher Seite ist auch die Giftfreiheit der genannten Präparate angefochten worden, die Beweisführung geschah aber auch auf chemische Untersuchungen hin. Klinisch habe ich Vergiftungen im gröberen Sinne des Wortes nicht konstatiren können.

Vor mehreren Jahren wurde nun das Nosophen, ein Tetrajodophenolphtalein, in den Handel gebracht. Meine Aufmerksamkeit wurde zunächst auf dieses Präparat deshalb gelenkt, weil das Natronsalz des Nosophens, das Antinosin, in Wasser leicht löslich ist. Wie bekannt, war ja die Löslichkeit eines nicht ätzenden Jodpräparates immer ein desideratum gewesen, und da von so anerkannten Autoritäten wie Professor Binz und Zuntz in Berlin behauptet wurde, dass das Nosophen und das Antinosin giftfrei und auch nicht hautreizend seien, begann ich sofort, anfangs vorsichtig, allmählich aber dreister und dreister diese Präparate anzuwenden. Meine Erfahrung mit diesen Chemikalien beruht auf einer dreijährigen, ziemlich grossen Privat- und Klinikpraxis. Meine Beobachtungen sind allerdings nur klinischer Natur, doch sind solche Beobachtungsmethoden für praktische Zwecke massgebend. Es freut mich sehr mittheilen zu können, dass auf mein Ersuchen hin animal-bakteriologische Experimente im pathologischen Laboratorium des Post Graduate Medical School, von Seiten der Herren Professor Klebs und Dr. Leit angestellt wurden, deren Ergebnisse den Status der Jodpräparate in chirurgisch-ärztlicher Praxis ein für allemal mit wissenschaftlicher Präcision feststellen werden.

Vom wissenschaftlichen Standpunkte sind bakteriologische Untersuchungen allerdings den klinischen Beobachtungen vorzuziehen, denn der Bakteriologe kann mit Leichtigkeit frische Wunden mit irgend welchen beliebigen Mikroorganismen inficiren und dann die antiseptische Wirkung irgend eines Mittels durch Microscop und Kultur erkennen. Auch die Giftigkeit eines Mittels kann sehr leicht an Thieren festgestellt werden, da

grössere Quantitäten subcutan eingespritzt werden können, Experimente die man an Menschen nicht leicht vornehmen kann.

Von Nosophen und Antinosin wird behauptet, dass sie im Organismus kein freies Jod abgeben, und da die sogenannte Jodintoxication auf das Freiwerden von Jod zurückzuführen ist, so lässt sich daraus leicht schliessen, dass beide Präparate durchaus ungiftig sind.

Da man bisher das Freiwerden von Jod als eine conditio sine qua non für die antiseptische Wirkung des Jodoforms ansah, so könnte man daraus schliessen, dass das Nosophen selbst nur deshalb antiseptisch wirkt, weil es Atome aus den Phenolgruppen enthält — dennoch entwickelt sich die antiseptische Wirkung erst dann wenn alle vier Jodatome vorhanden sind. Im Reagensglas treten Condensationsvorgänge mit Eiweiss ein und ist es anzunehmen, dass die antiseptischen Eigenschaften des Nosophens und Antinosins von dieesen Jodphenolphtalein-Eiweissverbindungen herrühren. Uebrigens gehören diese Theorien ins Gebiet der Chemie und Bakteriologie, die hier weiter zu erörtern unmöglich wäre.

Ueber die Anwendung des Nosophens in chirurgisch-ärztlicher Praxis lässt sich nun nicht viel sagen, da es überall da angewendet werden kann, wo früher Jodoform indicirt war. Das Nosophen, um es kurz zu fassen, hat keine der oben angeführten Nachtheile des Jodoforms. Geruch- und giftfrei und leicht in dünne Wölkchen zerstäubt, kann es auf Wundflächen leicht angebracht werden. Ich habe es vielfach bei verschiedenen Formen von Geschwüren angewandt und sehr gute Resultate erzielt. Nach Operationen für Haemorrhoidal-Tumoren, Fistula in ano, bei plastischen Operationen des Perinäums und des Cervix, nach Amputationen und Enucleation von grösseren Tumoren wurden Wundränder und Wundflächen erst mit 1% Antinosinlösung abgewaschen und dann mit Nosophen bestäubt. Das Antinosin in 1—3% Lösung wird jetzt von mir mit Vorliebe angewendet bei acuten und hypertrophischen Entzündungen der Nasen- und Rachenschleimhaut. In vier Fällen von akuter, specifischer Urethritis wurde Heilung in 10—21 Tagen erzielt. 1% Antinosinlösung wurde in diesen Fällen mit einem Valentin'schen Irrigator zur Ausspülung nicht nur der Harnröhre, sondern auch der Blase benutzt.

Bei Contusionswunden der Muskulatur, wo nasse Verbände angerathen scheinen, benutze ich in 2% Antinosinlösung getränkte

Gaze. Als Verband von Wunden oder zur Tamponade benutze ich ohne Ausnahme 3% Nosophen-Gaze.

Referate und Kritiken.

Deutsches Krankheitsnamen-Buch. Von Dr. M. Höfler, k. Hofrath in Tölz. Verlag von Piloty & Loahle, München 1899.

Das deutsche Krankheitsnamen-Buch Höfler's ist ein literarisches Erzeugniss, das einzig in seiner Art dasteht. Der Titel Krankheitsnamen-Buch ist eigentlich viel zu enge gefasst, da es nicht nur die deutschen Krankheitsnamen behandelt, sondern auch die Organnamen und Organfunctionen und Alles, was damit in Zusammenhang steht, ferner den gleichen Stoff, soweit er sich auf die Thierkrankheiten bezieht. Die Bezeichnungen der neuen Schulmedicin sind für den Laien in jeder Realencyclopädie und in jedem Conversationslexicon zu finden; anders ist es mit den Ausdrücken des Volkes, welche aus Schul- und Volks-Medicin längst verflossener Zeiten stammen. Hinter jedem solchen Namen steckt ein Stück Medicin- und Kulturgeschichte. Diese Namen aus allen Gauen Deutschlands zu sammeln, zu ordnen und zu sichten, zu erklären und mit den einschlägigen Literaturbelegen zu versehen, war die Aufgabe, die sich der Verf. gestellt hatte. Und man darf staunen, in welch glänzender Weise der Autor seiner Aufgabe gerecht geworden ist, man darf staunen über den ungeheuren Fleiss, die Belesenheit und Literaturkenntniss, die erforderlich waren, um ein derartiges kulturhistorisches und medicin-geschichtliches Meisterwerk zu Stande zu bringen. Wenn der Verf. in seiner Vorrede sagt, jeder praktische Arzt in Deutschland müsse wissen, was das deutsch sprechende Volk in seinen Krankheitsnamen ausdrücken will, so ist dies erst jetzt durch das deutsche Krankheitsnamen-Buch ermöglicht. Wer sich über irgend einen nur immer denkbaren volksthümlichen Namen oder Ausdruck, welcher auch nur im Entferntesten mit der Medicin in Zusammenhang steht, zu orientiren wünscht, findet in Höfler's Werk die weitgehendsten und befriedigendsten Aufschlüsse. Das Werk wird daher nicht nur dem Arzte und Freunde der Medicin- und Kulturgeschichte, sondern auch dem Germanisten, Mythologen und sogar dem Botaniker eine äusserst willkommene Erscheinung auf dem Gebiete der neueren Literatur sein. Die Ausstattung des umfangreichen (922 Seiten) Buches ist eine vorzügliche und harmonirt so in günstiger Weise mit dem Inhalt. Das deutsche Krankheitsnamen-Buch sollte in der Bibliothek eines jeden Arztes sowie eines jeden Gebildeten überhaupt vorhanden sein.

Pulmonary Tuberculosis, its Modern Prohpylaxis and the Treatment in Special Institutions and at Home. Alvarenga Prize Essay of the College of Physicians of Philadelphia for the Year 1898. By S. A. Knopf, M.D.P. Blakiston's Son & Co., Philadelphia, 1899.

Prophylaxis und Behandlung der Lungenschwindsucht ist ein schon oft besprochenes und abgehandeltes und doch immer zeitgemässes Thema.

und zwar gegenwärtig um so zeitgemässer, als man nunmehr endlich an allen Orten, zuerst in Europa und nun auch in Amerika, von staatlicher und privater Seite aus Front zu machen beginnt gegen die so verderbliche Krankheit. Und dieses allgemeine Aufraffen aus einem unbegreiflichen Jahrhunderte lang andauernden Schlendrian konnte erst dann stattfinden, nachdem sich der Gedanke Bahn gebrochen und bei den Aerzten und durch diese bei den Privaten und den staatlichen Behörden Eingang gefunden hatte, dass ein erfolgreicher Kampf gegen die Lungenschwindsucht möglich ist, dass die Krankheit verhütet und geheilt werden kann. Um diesen Thatsachen, die leider immer noch nicht so bekannt sind, wie sie im Interesse der Tuberculosebekämpfung sein sollten, weiter Verbreitung zu verschaffen, um den Behörden sowohl wie den Philanthropen den Weg zu zeigen, den sie zur Erlangung ihres Zieles einer erfolgreichen Schwindsuchtbehandlung gehen müssen, um seinen Collegen, besonders den englisch-sprechenden, seine reichen Erfahrungen in der Tuberculosebehandlung mitzutheilen, hat sich Verf., ein Schüler Dettweiler's in Falkenstein entschlossen, das vorliegende Werk zu veröffentlichen, nachdem dasselbe zuvor mit dem Alvarengapreis ausgezeichnet worden war. Demgemäss haben wir es mit dem Knopf'schen Buche nicht mit einem Lehrbuche der Tuberculose zu thun, sondern wir finden in demselben statistische Angaben über die Sterblichkeit an Tuberculose, Beweise für die Möglichkeit, die Krankheit zu heilen, Verhütungsmaassregeln und die verschiedenen Methoden die Krankheit zu behandeln. Und hier ist wieder das Hauptgewicht auf die Anstaltsbehandlung und Climatotherapie gelegt; eine Reihe der wichtigsten Sanatorien werden mehr oder weniger ausführlich beschrieben, ein ideales Mustersanatorium wird eingehend geschildert. Eine Anzahl vorzüglich ausgeführter Abbildungen ergänzen den Text. Diese Andeutungen über den Inhalt des Buches mögen genügen, da es leider unmöglich ist, an diesem Orte auf Einzelnheiten desselben einzugehen. Nur soviel sei noch erwähnt, dass die in dem Knopf'schen Buche wiedergegebenen Ansichten vollauf auf der Höhe der Zeit stehen und dass dasselbe sowohl dem Specialisten wie auch dem allgemeinen Praktiker auf das Wärmste empfohlen werden kann. Druck, Papier und Ausstattung ist eine vorzügliche.

Chirurgische Technik. Von Dr. Fr. v. Esmarch und Dr. Ernst Kowalzig. Bd. III. und Ergänzungsband zum Handbuch der kriegschirurgischen Technik. Operationen an Kopf, Hals und Rumpf. Mit 632 Abbildungen. Dritte verbesserte und vermehrte Auflage. Verlag von Lipsius & Tischer. Kiel und Leipzig. 1899.

Prof. v. Esmarch's chirurgische Technik ist nunmehr in 3. verbesserter und vermehrter Auflage erschienen. Es heisst eigentlich Worte vergeuden, dem Buche jetzt noch eine Empfehlung mit auf den Weg zu geben, da dasselbe durch die beiden vorhergegangenen Auflagen der ärztlichen Welt schon zur Genüge im vortheilhaftesten Sinne bekannt sein dürfte. Es sei hier nur nochmals betont, dass die Darstellung der einzelnen Operationen in Wort und Bild eine ganz vorzügliche ist und an Klarheit, Deutlichkeit und Uebersichtlichkeit kaum je übertroffen

werden dürfte. Das Buch ist gleich werthvoll für den Operateur wie für den practischen Arzt und Studirenden, der sich über den Gang einer Operation in kurzer und doch zuverlässiger Weise orientiren will.

Physiologische Charkteristik der Zelle. Von Dr. F. Schenck. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), Würzburg 1899.

Verf. hat es unternommen, eine physiologische Zellenlehre zusammenzustellen, ohne, wie er selbst in seinem Vorwort betont, etwas principiell Neues zu bringen, sei es hinsichtlich der Anschauungen über die physiologischen Eigenschaften der Zelle, sei es hinsichtlich der Thatsachen, auf welche diese Anschauungen gegründet sind. Es ist leider hier nicht möglich auf den Inhalt und Gedankengang dieser sehr lesenswerthen, zum Theil kritisch gehaltenen Arbeit näher einzugehen, und muss sich Ref. daher mit Wiedergabe des nachfolgenden Resumé's begnügen: Nicht jede Zelle ist ein physiologisches Individuum, weil es Zellen giebt, welche Theile eines physiologischen Individuums sind. Die physiologische Verbrennung und die darauf beruhenden Lebensäusserungen sind nicht durch das Zusammenwirken der characteristischen Zellbestandtheile, Kern und Protoplasma bedingt; für sie ist also der Aufbau der Organismen aus Zellen bedingt. Wenn auch die Assimilation in gewissem Grade noch unabhängig vom Bestand der ganzen Zelle ist, so kommen doch die auf Assimilation beruhenden Erscheinungen des Wachsthums, der Regeneration, der Formbildung, kurz der Organisation, nur durch das Zusammenwirken der characteristischen Zellbestandtheile zu Stande. Die Zelle, d. i. der Kern mit seiner Wirkungssphäre im Protoplasma, kann daher als „Organisationseinheit" bezeichnet werden. Indessen ist das Organisationsvermögen der Organisationseinheiten nicht in allen Fällen unbeschränkt, denn bei manchen Zellen der vielzelligen Organismen hängt es auch ab von dem Zusammenhang der Organisationseinheit mit dem Gesammtorganismus. Bei der Organisation scheint dem Kern die den Organisationsvorgang bestimmende Rolle zuzufallen, ohne dass indessen das Protoplasma dabei ganz passiv sein dürfte. Der Aufbau der Organismen aus Zellen ist der morphologische Ausdruck einer physiologischen Arbeitstheilung zwischen den vorwiegend mit dem Organisationsvermögen ausgestatteten Kern und das der Reaction auf äussere Einwirkungen dienende Protoplasma. Die Kern- und Zelltheilung, welche durch ein drittes für die werdende Zelle characteristisches Gebilde, die Centralkörper, vermittelt wird, hat den Zweck bei der Neubildung und dem Wachsthum der Organismen die Kern- und Protoplasmasse so zu vertheilen, wie es für die Ausübung der Zellfunctionen erforderlich ist.

Ueber den Abortus. Ein Leitfaden für Aerzte und Studirende, mit 7 Abbildungen im Text. Von Frauenarzt Dr. Oscar Piering. Verlag von Fischer's Buchhandlung (H. Kornfeld), Berlin 1899.

Das kleine Schriftchen enthält in exacter Darstellung die Lehre vom Abortus nach Schauta's Grundsätzen, denen eines möglichst conservativen Vorgehens. Die Arbeit ist wegen der Wichtigkeit des Gegenstandes einerseits und der knappen, rein sachlichen Form, in der sie geschrieben ist andererseits, jedem Arzte sehr zum Lesen zu empfehlen.

Der erste Verband auf dem Schlachtfelde. Von Friedrich von Esmarch. Mit 33 Abbildungen. Dritte vielfach veränderte und vermehrte Auflage. Verlag von Lipsius & Tischer (Kiel und Leipzig), 1899.

Den meisten Aerzten dürfte das kleine Büchlein bekannt sein, das nunmehr in 3. Auflage erschienen ist, nachdem es zuerst im Jahre 1869 entstanden und im Jahre 1870 neu verlegt worden war. Der Titel könnte gerade so gut statt „Der erste Verband auf dem Schlachtfelde" „Erste Hülfeleistung bei Verwundungen" lauten, da die darin enthaltenen Anleitungen mit geringen Modificationen auf andere Weise erhaltene Verletzungen anwendbar sind. Die Anleitungen sind klar abgefasst und so gegeben, dass es möglich ist, mit den einfachsten fast überall zu Gebote stehenden Hülfsmittel einen für provisorische Zwecke genügenden Nothverband herzustellen. Bezeichnend ist es, dass das Neuerscheinen des Büchleins in 3. Auflage zeitlich mit der Einberufung der Abrüstungs-Conferenz im Haag zusammentraf.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899. No. 14 mit 23.

1) A. Mackenrodt: Zur Operation der Retroflexio uteri. Kurze Antwort auf Gottschalk's Entgegnung auf meinen gleichnamigen Aufsatz in No. 8 d. Bl. 1899.

2) K. Czerwenka: Bemerkungen zum Artikel: „Ein vereinfachtes aseptisches Verfahren bei der Verbindung und Behandlung der Nabelschnur" von Dr. S. Kusmin, publicirt in No. 10, Jahrgang 1899 dieser Zeitschrift. C. kann die Kusmin'sche Methode nicht als eine Verbesserung ansehen.

3) R. Freiherr von Budberg (Dorpat): Ueber die Behandlung des Nabelschnurrestes. — Auch B. kann in dem Kusmin'schen Verfahren keinen Vorzug vor den bisherigen Methoden erblicken und macht auf die von ihm empfohlene Alcoholbehandlung des Nabelschnurrestes aufmerksam.

4) H. Löhlein: Die Adhärenz des unteren Eipols als Ursache der verzögerten Eröffnungsperiode. (Aus der Giessener Universitäts-Frauenklinik.) — Ein die Eröffnung verzögerndes Moment, das noch zu wenig beachtet wird, ist die ungewöhnlich feste Anheftung, die Adhärenz, des unteren Eipols im unteren Uterinsegment, durch welche die Eröffnung des inneren Muttermunds und mit dieser die Loslösung der unteren Eispitze von ihrer Haftzone unmittelbar über dem inneren Muttermund, d. h. die Bildung der Fruchtblase und die fortschreitende Erweiterung des Cervicalcanals durch die hereindrängende Blase erschwert oder verhindert wird. In diesen Fällen ist die Sprengung der Blase bestimmt indicirt, da diese ihre physiologische Aufgabe während der Geburt doch nicht erfüllen kann.

5) W. Thorn: Zur Frage der Tubenwehen. — Th. behauptet auf Grund eines von ihm beobachteten incompleten tubaren Aborts, dass thatsächlich in diesem Falle Contractionen der Tube stattgefunden und an der Elimination des Ovulums Theil genommen haben. Der Fall war auch noch in so fern von Bedeutung, als er bewies, dass in einer völlig gesunden, völlig durchgängigen, nirgends adhärenden und abgeknickten Tube sich ein befruchtetes Ei einnisten und wachsen und ohne jede Verletzung der Tube geboren werden kann.

6) L. Thumim: Ein Fall von Sectio caesarae mit querem Fundalschnitt nach Fritsch. — Th. glaubt, sich mit Recht Fritsch anschliessen zu können und den queren Fundalschnitt bei der conservativen Sectio caesarea als eine Vervollkommnung der Technik empfehlen zu dürfen.

7) Siedentopf: Drei konservative Kaiserschnitte mit Eröffnung des Uterus durch queren Fundalschnitt. (Aus der Provincial-Hebammenlehranstalt in Magdeburg.) — S. giebt die Geschichte von drei nach dieser Methode operirten Fälle und findet durch dieselben die guten Erfahrungen, die mit dem queren Fundalschnitt bereits früher gemacht worden waren, bestätigt: Grosse Sauberkeit bei der Operation und völliger Schutz der Bauchhöhle gegen den ausfliessenden Inhalt des Uterus, da dieser vollkommen extraabdominal nach provisorischem Verschluss der Bauchhöhle geöffnet wird. Sodann leichte Entwicklung des Kindes und geringe Blutung aus der Schnittwunde.

8) W. Perlis (Kiew): Sectio caesarea mit Fundalschnitt nach Fritsch. — Auch P. hat mit dem Fritsch'schen Fundalschnitt in einem Falle, der von ihm beschrieben wird, einen sehr guten Erfolg erzielt.

9) P. G. Spinelli (Neapel): Chirurgische konservirende Behandlung der chronischen Uterusinversion nach dem Verfahren von Kehrer. — Der Gang der Operation ist folgender: Nachdem man die Scheide breit eröffnet hat, wird der Uterushals mit Martin'schen Haken fixirt; die Schleimhautoberfläche des Uterus wird mit einem scharfen Löffel abgekratzt. Man geht dann zur vorderen Kolpoköliotomie über, mit der von Dürhssen klassisch gemachten Technik. Der durch die vagino-peritoneale Wunde eingeführte Zeigefinger sucht das durch die Inversion gebildete Infundibulum auf und hakt es ein, indem er so viel als möglich in dasselbe eindringt. Dann schneidet man unter Leitung dieses Fingers vertikal den Hals und die vordere Uteruswand bis zum Fundus durch, indem man dieselbe in ihrer ganzen Dicke mitsammt dem serösen Ueberzug einschneidet. Man schreitet danach zur Reinversion, welche sehr leicht gelingt; der gespaltene, in die Scheide gezogene Uterus befindet sich jetzt in forcirter Anteversion. Man braucht nur die Sutur mit getrennten Nähten und Katgut anzulegen, und das Organ in die Höhle zu reduciren durch die kolpo-peritoneale Wunde hindurch, nach vorhergegangener Passage des fixirenden Fadens, welcher die Scheide, das Peritoneum und die vordere Uteruswand unmittelbar unterhalb des Fundus umfasst, indem man bei diesem Akt die Technik der Vaginofixation nach dem bekannten Dührssen'schen Verfahren befolgt. Zuletzt schreitet man zur vertikalen Naht der Peritonealtasche und zur transversalen Naht der vaginalen Wunde.

10) H. Füth: Ueber Papilloma vesicae beim Weibe. (Aus der Prof. Sänger'schen Frauenheilanstalt in Leipzig.) — Verf. beschreibt einen Fall von multiplen Blasenpapillomen bei einer 56jährigen Frau, der schliesslich letal endete. Das durch die Section gewonnene Präparat liefert den Nachweis, dass die Geschwulst den typischen Bau des Papilloms besitzt und vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus als gutartig zu bezeichnen, vom klinischen Standpunkt aus jedoch als eine durchaus maligne anzusehen ist wegen der sehr grossen Neigung zu Recidiven, Blutungen, Verlagerung der Ureteren mit consecutiver Hydronephrose, Harnstauung mit sich anschliessender Zersetzung des Urins und Blasencatarrh, und diese Erscheinungen haben in der That auch in dem von F. beschriebenen Falle das letale Ende herbeigeführt.

11) M. Graefe (Halle a. S.): Ein weiterer Fall von Papilloma vesicae. — G. schildert einen ähnlichen Fall wie den von F. beschriebenen. Er hat bei einer Pat. vor 7 Jahren ein grosses Papillom durch Colpocystotomie entfernt, worauf sie 7 Jahre recidivfrei geblieben ist. Nunmehr stellten sich neue Blutungen ein, als deren Ursache bei Austastung der Blase 4 breitgestielte, grosse Papillome an der vorderen und den seitlichen Blasenwänden constatirt werden konnten; ausserdem fand sich noch eine Reihe kleinerer und grösserer papillärer Wucherungen. Nach abermaliger Operation befindet sich Pat. jetzt nach 6 Monaten noch recidivfrei, dennoch wird ihr Schicksal nach Ansicht des Verf. über kurz oder lang dasselbe sein wie das der Kranken, deren Fall von Füth beschrieben wurde.

12) A. Orlow: Ueber die Thumim'sche Hebeklemme. (Aus Dr. Wolfra's Privatklinik in Riga): O. erwähnt 4 Fälle, die Wolfram mit Hülfe des von Thumim in No. 5 des Centralblattes beschriebenen Instrumentes operirte. Bei 2 Fällen trat nach Abnahme der Klemme eine Blutung aus der Ateria uterina ein. Die Ansicht des Verf. geht dahin, dass das neue Instrument als ein werthvolle Bereicherung unseres Instrumentenschatzes anzusehen ist.

13) M. Frank (Altona): Ueber einen Fall von Dystopie der linken Niere, combinirt mit Uterus unicornis. — Die irrthümlich für einen Adnextumor gehaltene Niere wurde bei der Laparotomie gefunden und durch Nähte fixirt. F. glaubt, dass der in der Diagnosenstellung passirte Irrthum zu entschuldigen ist, da der per vaginam gefühlte Tumor durch seine Lage und seine Gestalt, wobei vor Allem die gefühlten Furchen in Betracht gezogen wurden, auf einen Zusammenhang mit den Adnexen hinzuweisen schien. Es kam noch hinzu, dass die rechten Adnexe ebenfalls als krankhaft verändert getastet werden konnten und auf der linken Seite keine andere als Ovarium oder Tube anzusprechende Resistenz zu fühlen war.

14) A. Goenner: Sind Streptococcen im Vaginalsecret gesunder Schwangerer und Gebärender? (Aus der Baseler gynäkologischen Klinik.) — In den Jahren 1898—99 untersuchte G. das Scheidensecret von 100 Patientinnen des Baseler Frauenspitals. 57 mal handelte es sich um Schwangere, 43 waren Gebärende am Anfang der Geburt. Unter diesen 100 Frauen waren 5, deren Scheidensecret Coccen in Ketten angeordnet enthielt, Staphylococcen dagegen waren sehr oft vorhanden.

15) P. Bröse (Berlin): Eine Dauerklemme mit Verschluss-Sicherung. — Da bei Anwendung der gewöhnlichen Klemmen, besonders bei schwierigen vaginalen Radicaloperationen die Gefahr besteht, dass eine Klemme bei weiteren Manipulationen in der Scheide aufspringen und es zu einer gefährlichen Blutung kommen könnte, liess B. eine Klemme construriren, die mit einem eigenartigen Verschluss versehen ist, welcher ein Aufspringen der Klemme unmöglich macht und welche nur von Demjenigen geöffnet werden kann, der den Mechanismus des Schlosses versteht. Beschreibung und Abbildung ist im Original nachzusehen.

16) Schwarze (Berlin): Bedenken gegen die Thumim'sche Klemme. — Sch. hat gegen die Thumim'sche Klemme Bedenken vom forenischen Standpunkte aus und wirft die Frage auf, wie eine gerichtlich-medicinische Entscheidung ausfallen würde, wenn nach Anwendung dieses Verfahrens eine Frau sich verblutete und dies nach beliebten Vorgängen zur Verhandlung käme? Sch. glaubt, dass im concreten Falle die Anwendung dieser Methode nicht zu rechtfertigen sei, während man andere, chirurgisch allgemein anerkannte und dabei mindestens nicht schlechtere hat.

17) R. Crrobak: Echinococcus des Beckenbindegewebes und der Leber. — Verf. schildert ausführlich die Krankengschichte eines derartigen Falles und nimmt bezüglich des Zustandekommens der Erkrankung an, dass der Leberechinococcus das Primäre gewesen und dass von da aus eine Infection des Beckenbindegewebes stattgefunden hätte.

18) H. Hühl: Ueber Operationen mit dem Fehling'schen Kranioklasten. (Aus der Klinik des Herrn Hofrath G. Braun in Wien.) — H. hat viele Versuche mit verschiedenen Kephalotriben und namentlich mit dem Fehling'schen Instrument selbst an grossen und kleinen Früchten, an harten und weichen Schädeln gemacht. Er hält den Kephalothryptor auch in Combination mit dem Cranioclasten nicht blos für ein unzweckmässiges, sondern auch für ein gefährliches Instrument und möchte es deshalb namentlich dem Ungeübten nicht in die Hand geben.

19) R. v. Braun-Fernwald: Erwiderung auf den Aufsatz: „Noch ein Wort zur Kranioklastfrage" in No. 8 d. Bl. von Dr. Th. Schrader. — Nach einer Reihe polemischer Bemerkungen gegen Schrader kommt Verf. bezüglich des Fehling'schen Kephalothryptors zu dem Schlusse, dass das Instrument bei Anwendung der Kephalothryptorwirkung bei schweren Fällen nicht zweckentsprechend ist; bei der einfachen Kranioklastwirkung spricht das Federn des Instruments, die Beckenkrümmung und besonders die grossen Gefahren einer Verletzung des unteren Uterinsegments und der Vagina durch scharf vorspringende Zähne des gefensterten Blattes im Falle eines Abrutschens des Instruments, wenn es von einem Ungeübten geführt wird, gegen die allgemeine Verwendung des Instruments. Verf. glaubt daher nicht, dass es, wenigstens in seiner jetzigen Form, den Kranioklast von C. v. Braun verdrängen wird.

Virchow's Archiv, Band 156, Heft 1.

1) H. Arnsperger: Zur Lehre von den sogenannten Dermoidcysten des Ovarium. (Aus dem path.-anatom. Institut zu Heidelberg.)

2) Th. Schrohe: Teleangiectasien der Leber. — Verf. beschreibt zwei Fälle von Angiom der Leber, die in manchen Beziehungen von dem gewöhnlichen Verhalten abweichen. Es handelte sich um eine Combination von cavernösen Leberangiomen, Lebercirrhose und capillären Angiomen. Die letzte Ursache der cavernösen Angiome ist noch nicht bekannt, noch weniger diejenige der hier beschriebenen capillären Angiome. So lange beide nicht bekannt sind, kann natürlich auch nicht mit voller Sicherheit die principielle Differenz festgehalten werden. Die einschlägige Literatur findet in der Sch.'schen Arbeit eingehende Berücksichtigung.

3) J. A. Becher: Ueber Riesenzellen-Bildung in Cancroiden. B. kommt auf Grund der Untersuchung von 4 auf operativem Wege entfernten Cancroiden zu folgenden Schlussforderungen: 1. Die Riesenzellen an den Perlkugeln der Cancroide haben die Bedeutung von Fremdkörper-Riesenzellen und somit amöboide wie phagocytäre Eigenschaften. 2. Der durch ihr Auftreten eingeleitete Process kann zur völligen Organisation der Perlkugeln führen, stellt also eine Art partieller spontaner Heilung dar, indem an Stelle von Krebsnestern junges Bindegewebe tritt. 3. Veranlasst und begünstigt wird dieser Process wahrscheinlich durch ätiologische Momente der Krebsentwickelung, so speciell durch einen voraufgehenden, langdauernden entzündlichen Process, sowie durch das den Cancroiden eigenthümliche langsame Wachsthum, das seinerseits noch durch Localisation der Geschwülste wie durch begleitende endarteritische Veränderungen eine Steigerung erfahren kann. 4. Die Riesenzellen können sich sowohl aus Elementen bindegewebiger wie epithelialer Natur bilden. 5. Sie entstehen durch Mitose einer Zelle mit mangelnder Protoplasmatheilung oder Confluenz der neugebildeten Zellen, und vergrössern sich durch Vereinigung mit Elementen gleicher Herkunft. 6. Sie bilden sich ursprünglich alle nach dem Myeloplaxen-Typus, der Langhans'sche entsteht erst secundär aus diesem, beeinflusst durch toxische, ernährungsstörende, oder mechanische Momente. 7. Die Riesenzellen können als solche lange fort existiren und gehen wenigstens theilweise durch fettigen Zerfall zu Grunde.

4) Fr. von Maudach: Beiträge zur Antomie des Uterus von Neugeborenen und Kindern. (Aus dem path. Institut zu Bern.)

5) A. Koller: Ein Fall von Situs viscerum inversus und seine Deutung. (Aus dem anatom. Institut der Universität Basel.) — K. beschreibt einen in der Baseler anatomischen Sammlung befindlichen Fall von Situs inversus bei einem weiblichen Individuum und zieht aus demselben und auf Grund von ihm vorgenommener Untersuchungen folgendes Resumé: 1. Der Fall ist ein totaler und regulärer. 2. Zur Deutung des Situs inversus geht man nach dem heutigen Standpunkt unseres Wissens am einfachsten von den Doppelbildungen aus. 3. Die Behauptung Förster's, dass Situs inversus regelmässig bei dem einen Fötus einer Doppelbildung vorkomme, ist nicht richtig. 4. Doppelbildungen lassen sich durch experimentelle Eingriffe unmittelbar nach der Befruchtung auf verschiedene Weise und bei verschiedenen Thierspecies erzeugen. 5. Den Doppelbildungen liegt abnorme Constitution der Geschlechtspro-

ducte oder störende Einwirkung verschiedener Art in den ersten Stadien nach der Befruchtung zu Grunde.

6) G. Freund: Zur Kenntniss der Seifencysten der Mamma. (Aus dem path.-anatom. Institut zu Königsberg i. Pr.) — Zu den selteneren Geschwulstbildungen der Mamma gehören die Milch- und Buttercysten einerseits, deren Inhalt das physiologische Secret der Brustdrüse die Milch oder ihre Umwandlungsproducte sind, die Seifencysten andererseits. F. beschreibt einen Fall letzterer Art, der in der Königsberger chir. Universitäts-Klinik operirt und von ihm untersucht worden war. Die Geschwulst war 22 cm. lang und hatte bereits 20 Jahre bestanden, war anfangs nur wenig, später jedoch rasch grösser geworden. Besonders in der 1½ Jahre vor Eintritt in die Klinik stattgehabten Schwangerschaft war der Tumor rascher gewachsen. Die Hauptmasse des Inhalts bildeten Kalkseifen, daneben fanden sich in ganz geringer Menge Magnesiaseifen; an Menge hinter den Kalkseifen zurückstehend Fett, freie Fettsäure, und schliesslich wurden Spuren von Cholesterin gefunden.

7) H. Ribbert (Zürich): Ueber den Ausgang der Pneumonie in Induration. — Die Untersuchung seiner Fälle hat R. seine früheren Schlüsse bestätigt, dass die Organisation von der Wand der Alveolen unabhängig ist, oder doch von dort nur eine verschwindend geringe Unterstützung erfährt. Die Bildung des neuen Gewebes ist stets, so lange die Induration noch nicht vollendet ist, in den Bronchiolen und Endbronchen am weitesten vorgeschritten oder zuweilen allein vorhanden, in ihnen muss also die Quelle der Organisation zu suchen sein.

Münchener Medicinische Monatsschrift, 1899, No. 21 mit 24.

1) Torggler: Beurtheilung der Wochenbettverhältnisse nach der Pulsfrequenz. (Aus den geburtshilflich-gynäkol. Abtheilungen in Klagefurt.) — Als das Endergebniss seiner Versuche (286 fortlaufende Fälle des Jahres 1897 ohne Auswahl), die Wochenbettverhältnisse einer Gebäranstalt allein nach der Pulsfreqenz darzustellen, glaubt Verf. ohne Widerspruch die Behauptung hinstellen zu dürfen, dass der Puls zum Mindesten denselben Werth behufs Beurtheilung des Puerperiums besitzt, wie die Körperwärme. Freilich, wie das Verhalten der Temperatur für sich allein zur Beurtheilung der Salubritätsverhältnisse nicht genügt, kann man aus den Pulscurven allein auch nicht die Wochenbettverhältnisse einwandsfrei beurtheilen. Dies gelingt sicher nur dann, wenn das Verhältniss zwischen Temperaturhöhe und Pulszahl gegenseitig dargestellt und die sich daraus ergebende Resultate verwendet werden. Unbedingt nöthig ist dabei aber die Durchführung der Knapp'schen Forderung, bei der graphischen Darstellung der Temperatur- und Pulsschwankungen in den Curventafeln der einzelnen Kliniken ein strenge Gleichförmigkeit einzuführen.

2) A. Funke: Die Indication zur vaginalen Myotomie. (Aus der Strassburger Frauenklinik.) — Am geeignetsten für die vaginale Myotomie sind die folgenden Fälle: 1. Die submucösen Myome. 2. Das solitäre submucöse Myom des Fundus uteri bei geschlossener Cervix, wenn es Orangengrösse nicht übersteigt. 3. Solitäre subseröse Myome der Vorder- und Hinterwand des Uterus, die nach der Cervix zu gewach-

sen sind, die Grösse des Kopfes eines neugeborenen Kindes nicht übersteigen und von der Vagina gut zugänglich sind. 4. Die Myomatosis uteri. Der Uterus muss sich gut herab ziehen lassen. 5. Kleine subseröse Myome des Fundus.

3) O. v. Herff: Ein Vorschlag zur Werthbestimmung einer Operationsmethode, insbesondere solcher bei Myomen. (Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.) — So lange man die Zahlen einer Statistik bis zu einem gewissen Grade willkürlich gruppirt, können diese Zahlen vermindert oder vermehrt werden, und es ist auf diese Weise äusserst schwierig, den Werth einer Operationsmethode zu bestimmen. Gelingt es aber, die Zahlen nach festen, allgemein gültigen und auch allgemein streng befolgten Principien festzulegen und die Statistik von Willkürlichkeiten zu befreien — ganz wird es leider niemals gelingen —, so kann die vergleichende Wissenschaft der Statistik als eines ihrer werthvollsten Werkzeuge nicht entfernt entbehren. Was nun die einer bestimmten Operationsmethode zur Last zu legenden Todesfälle anbelangt, so muss genau zwischen constanten. d. h. mit der Methode innig zusammenhängenden, und inconstanten Todesursachen, die in besonderen Verhältnissen ihren Grund haben und mit der Methode selbst nicht innig verbunden sind, unterschieden werden. So lange also nicht Operationsserien zur Verfügung stehen, die viele Tausende von Fällen umfassen, so lange sind wir gezwungen, die inconstanten Todesursachen von den constanten sorgfältig zu trennen und erstere von der Sterblichkeitsstatistik abzulösen, wenn man den Werth einer Methode, nicht aber die Prognose der Operation bestimmen will. Es würden also als constante Todesursachen anzunehmen und damit die Methoden zu belasten sein: alle jene, die eintreten in Folge von Blutungen, insbesondere aber von Nachblutungen, Verletzungen freier oder doch nur geringfügig verlagerter Organe, septische Entzündungen, sofern diese als von bewusst durch die Methode eröffneten Hohlorganen ausgegangen, sicher beweisbar sind und Todesfälle an Shock bei in der Methode selbst begründeter allzulanger Operationsdauer, als welche im Allgemeinen zwei Stunden und mehr gelten dürfte.

4) W. Thorn: Zur Therapie des operablen Uteruscarcinoms am Ende der Schwangerschaft. — Verf. fasst seine Ansichten in folgenden Grundsätzen zusammen: Das Leben des Kindes ist dem der schwerkranken Mutter durchaus gleich zu achten; dementsprechend dürfen keine geburtshülflichen Eingriffe zu Gunsten der Mutter unternommen werden, die das Kind gefährden könnten. Es muss deshalb der Kaiserschnitt gemacht werden, sobald der Extraction der Frucht per vias naturales Schwierigkeiten entgegenstehen. Ist das Kind abgestorben, so ist in schonendster Weise, eventuell mit Hülfe der vorderen Spaltung und Perforation etc. der Uterus zu entleeren und sofort ohne Rücksicht auf bestehende Zersetzungsvorgänge des Inhalts etc. vaginal zu exstirpiren. In der Geburt darf bei besonders günstigen Verhältnissen der Cervix der spontane Verlauf kurze Zeit erwartet werden; sobald aber von Seiten des Carcinoms Gefahr droht oder die geringste Verzögerung eintritt, ist die Entbindung in der für Mutter und Kind günstigsten Weise sofort vorzunehmen und unmittelbar die Exstirpation des Uterus anzuschliessen.

In der Schwangerschaft ist ein Zuwarten auch von nur kurzer Dauer erlaubt. Bei einem Portiocarcinom sind Frucht und Uterus stets vaginal zu entfernen, wenn der Extraction keinerlei Hindernisse im Wege stehen. Die Spaltung des Uterus soll principiell in der vorderen Wand vorgenommen, das Unterbinden der Uterinae vor der Geburt vermieden werden. Sind bei einem Portiocarcinom geburtshülfliche Schwierigkeiten zu erwarten, welche das Kind gefährden könnten, so ist dieses sammt Placenta und Corpus uteri abdominal zu entfernen, das Beckenperitoneum und die Bauchwunde definitiv zu schliessen und der Cervixstumpf vaginal zu exstirpiren. Bei reinem Cervixcarcinom soll nach der Entfernung der Frucht und Placenta durch die Sectio die abdominale Totalexstirpation, eventuell unter Mitnahme der Drüsen und Ausräumung der Parametrien gemacht werden. Bei den Uebergangsformen von Cervix- und Portiocarcinom operire man in combinirter Weise stets dann, wenn die Extraction voraussichtlich mit Gefahren für Mutter und Kind verknüpft, oder die Wegnahme der Drüsen und oberen Parametrien indicirt, oder ein sicheres Operiren im Gesunden von oben her erschwert oder unmöglich ist.

5) H. Fuchs: Zur Hygiene der ersten Lebenstage. (Aus der kgl. Frauenklinik zu Kiel.) — Mit Rücksicht auf die Annahme Gessner's, dass der Icterus neonatorum auf rauhe Manipulationen von Seiten der Hebammen bei der Hautreinigung der Kinder post partum zurückzuführen sei, wurde bei einer grösseren Versuchsreihe neugeborener Kinder sowohl die übliche Entfernung der Vernix caseosa als auch das tägliche Bad unterlassen. Es zeigte sich nun, dass ein wesentlicher Unterschied bezüglich des Eintrittes des Icterus zwischen den gebadeten und den nicht-gebadeten Kindern nicht vorhanden war, dass also für die Neigung zur Gelbsucht die Behandlung der Haut ohne Einfluss zu sein scheint. Ein Unterschied in der Mumificirung des Nabelstrangrestes bei den gebadeten und nicht gebadeten Kindern konnte ebenfalls nicht festgestellt werden. Ohne also einen schädigenden Einfluss des Bades anzuerkennen, erblickt Verf. vielmehr in demselben einen wichtigen hygienischen Factor.

6) A. Uffenheimer: Zur Histologie und Histiogenese der papillären Kystome des Eierstocks. (Aus dem path. Institut der kgl. Universitäts-Frauenklinik Berlin.) — Die Arbeit ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

7) E. Graser (Erlangen): Ueber multiple Darmdivertikel in der Flexura sigmoidea. — Verf. ist der Ansicht, dass für eine Anzahl derartiger Divertikel eine Abnormität in den Gefässverhältnissen des Darms die Ursache ist, hervorgerufen durch Stauungsvorgänge in den Unterleibsorganen. Durch die übermässig grossen Gefässlücken erleidet die Darmwand an zahlreichen Stellen eine verminderte Widerstandsfähigkeit, und dies hat um so mehr eine Nachgiebigkeit der Darmwand zur Folge, weil die Ausfüllung dieser Lücken in hohem Grade wechselt. Die Vortreibung der Schleimhaut setzt einen gewissen Druck voraus und erscheint es recht wohl erklärlich, dass dieser Druck hauptsächlich bei solchen Menschen die nöthige Höhe erreicht, welche an hartnäckiger Stuhl-

verstopfung und oft wiederkehrender Gasauftreibung des Dickdarms leiden.

8) G. Killian (Freiburg i. Br.): Ueber die Leistungen der directen Bronchoskopie. — Verf. hatte Gelegenheit, in zwei Fällen, in welchen Kinder Fremdkörper in einem Bronchus aspirirt hatten, den Werth der directen Bronchoskopie zu erproben.

9) E. Ryska: Ein klinischer Beitrag zur Kenntniss der Cholecystitis und Cholangitis typhosa. — R. beschreibt 3 Fälle von Typhus abdominalis, bei welchen aus dem Symptomencomplex des Typhus Erscheinungen einer Entzündung der Gallenwege in verschieden gut characterisirter Weise hervortraten. In einem Falle wiesen die Erscheinungen auf eine hauptsächliche Betheiligung der Gallenblase hin, während in den beiden anderen Fällen die intrahepatischen Gallengänge stärker von dem Entzündungsprocesse ergriffen zu sein schienen.

10) H. Kaposi: Zwei bisher noch nicht beobachtete Unfälle nach modellirendem Redressement. (Aus der Heidelberger chirurg. Klinik des Prof. Dr. Czerny.) — In dem einen Falle war nach dem unblutigen Redressement eine acute Osteomyelitis entstanden, in dem anderen wurden durch Ueberdehnung beim Redressement und Reizung des Nervus plantaris zuerst Schmerzen, dann Parästhesien, Kribbeln, Ameisenlaufen im Gebiete dieses Nerven verursacht, welche Symptome äusserst quälend waren und erst nach Verlauf von 6 Monaten wieder verschwanden.

11) M. Schwab: Untersuchungen über die Beschaffenheit der in deutschen Städten fabrikmässig hergestellten Säuglingsmilch. (Aus dem hygien. Institut der Universität Würzburg.)

12) K. Grube: Ueber gichtige peripherische Neuritis. — G. beschreibt zwei Fälle von gichtischer Neuritis, über welche Krankheit in der deutschen medicinischen Literatur nur wenig zu finden ist, was zum Theil seinen Grund darin hat, dass viele Fälle, in denen es sich um Neuritis handelt, noch unter dem Namen Neuralgie einhergehen; das betrifft speciell die Ischias. Die Behandlung der gichtischen Neuritis ist langwierig. Sie muss symptomatisch sein. Warme Bäder, der constante Strom, absolute Ruhe des erkrankten Theiles, unter Umständen Morphium sind hier zu nennen. Dabei darf die Behandlung des Grundleidens nach den bekannten Grundsätzen nicht vergessen werden.

13) M. Pickert: Ueber die Prognose der chronischen Phthise mit besonderer Berücksichtigung der Heilstättenbewegung. — P. wendet sich gegen eine zu optimistische Auffassung über die Erfolge in der Phthiseotherapie und über die Zeitdauer, in der Erfolge erzielt werden können. Dagegen herrscht nach seiner Ansicht betreffs der tuberculösen Kehlkopfaffectionen immer noch ein durchaus nicht gerechtfertigter Pessimismus.

14) A. Fraenkel (Badenweiler): Ueber die Therapie der Lungentuberculose. — Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Aetiologie und Prophylaxe der Lungentuberculose bespricht Verf. die verschiedenen Behandlungsmethoden derselben. Das Koch'sche Tuberculin verwendet er seit langem nur noch zu diagnostischen Zwecken. Dem Klebs'schen Tuberculocidin und Antiphthisin, sowie dem Mara-

g l a n o'schen Heilserum gegenüber hat man sich in Deutschland ablehnend verhalten. Den Beweis für eine Heilwirkung mit seinem cantharidinsaurem Kali ist L i e b r e i c h der Welt schuldig geblieben; ähnlich verhält es sich mit der von L a n d e r e r empfohlenen Zimmtsäure. Dem Kreosot und seinen Derivaten ist eine specifische Heilwirkung nicht zuzuschreiben. Der Schwerpunkt in der Tuberculosebehandlung liegt in dem hygienisch-diätetischen Verfahren, welches von Verf. in eingehender Weise besprochen wird und wobei derselbe auf ine Reihe interessanter Beobachtungen aufmerksam macht.

15) K. T u r b a n (Davos): Die Blutkörperchenzählung im Hochgebirge und die M e i s s e n'sche Schlitzkammer. — Die Z e i s s-T h o m a'sche Zählkammer ist vom äusseren Luftdrucke, wenn dieser nicht während des Versuches verändert wird, unabhängig. Die M e i s s e n'sche Schlitzkammer stellt eine Verbesserung des Z e i s s-T h o m a'schen Apparates ebensowenig dar, wie die Verwendung ganz dicker Deckglser.

16) W e r t h h e i m e r (Nürnberg): Die Ichthyoltherapie der Tuberculose. — W. empfiehlt nach dem Vorgange K o h n's in Hamburg dringend den Gebrauch des Ichthyols bei Tuberculose. Man verschreibt es am besten in Lösung mit Wasser zu gleichen Theilen. Davon wird 3 mal täglich zunächst 1—2 Tropfen in einem Liqueurgläschen Wasser genommen, und zwar nie in den nüchternen Magen. Von 3 zu 3 Tagen wird die Dosis um einen Tropfen gesteigert, bis sie die Höhe von 3 mal 10 Tropfen erreicht hat.

17) A. M u e l l e r (München): Versuche über die Wirkungsweise des chinesischen Emmenagogon Tang-kui (Man-mu) oder Eumenol-Merk. — Verf. ist der Ansicht, dass wir in dem Eumenol ein Tonicum besitzen, welches entsprechend den Anschauungen der Chinesen besonders auf die Menstruationsvorgänge günstig einwirkt, und zwar insofern, dass es verspäteten Eintritt der Periode beschleunigt oder fehlenden hervorruft und Schmerzen, besonders prämenstruale, lindert oder aufhebt. Was die Dosis anbelangt, so scheint die passende Form 3 mal täglich ein Kaffeelöffel des wässerigen Extracts zu sein, da höhere Dosen bei empfindlichen Personen Kopfweh hervorzurufen scheinen. Eine Befürchtung, dass das Mittel ein Abortivmittel sein könnte, besteht nach den vorliegenden Untersuchungen nicht.

Centralblatt für Chirurgie, 1899, No. 21 mit 24.

1) J. L u x e n b u r g: Beiträge zur Hämotologie der funktionellen Neurosen (Hysterie und Neurasthenie). (Aus dem Krankenhaus „Wola" in Warschau). — Die Resultate der Untersuchungen von L. sind folgende: 1. Im Widerspruch mit der allgemeinen Annahme und trotz des oft vorkommenden anämischen Aussehens der functionellen Nervenkranken zeigt das Blut derselben keine anämische Symptome, d. h. es ist keine Hydrämie zu finden, im Gegentheil, ein normaler Wassergehalt. 2. Die Erythrocytenzahl ist oft bei diesen Kranken erheblich vergrössert, was wahrscheinlich den leicht auftretenden vasomotorischen Einflüssen zuzuschreiben ist, die bei diesen Kranken, unter Anderem vielleicht im Moment der Untersuchung selbst, erscheint. 3. Die Leucocytenzahl steht sehr oft unter der Norm. 4. Es finden oft ganz be-

deutende Sedimentationsveränderungen statt, was auf Schwankungen des Fibringehalts im Blut schliessen lässt. Im Einklang damit constatirte L. in der That ziemlich häufige Abweichungen des Fibringehaltes über oder unter der Norm.

2) J. Piotrowski und K. Zaleski (Warschau): Zur Frage über die Eosinophilie. — Die Verf. besprechen die neueren Arbeiten über Eosinophilie und kommen auf Grund der Ehrlich'schen Anschauungen zu dem Schlusse, dass man mit derselben den grössten Theil der Erscheinungen der Eosinophilie erklären könne, dass die anderen Theorien dagegen und namentlich die zuletzt von Klein zusammengestellte, sich als gänzlich ungenügend erweisen, weil sie die Thatsachen so biegen müssen, damit sie in ihren Rahmen passen, gleichwie sie Auswege suchen, wodurch sie auf den jedenfalls noch dunklen Process nicht das geringste Licht werfen. Die Theorie von Klein erklärt eigentlich nichts und ist blos eine Negation der von Ehrlich hingestellten Theorie. Einstweilen scheint die chemotactische Theorie zur Erklärung der Eosinophilie auszureichen, zumal Ehrlich die Entstehung der mit chemotactischen Eigenschaften begabten Stoffe sehr breit fasst, was aus seinen Ausführungen deutlich zu ersehen ist: Ausserdem entwickelt sich diese Theorie auf Grund der biologischen Principien, deren Tragweite genau ins Auge gefasst werden muss, damit man nicht durch allzu grosse Verallgemeinerung oder Sonderung der Phänomene zu irrigen Schlüssen kommt. Die Chemotaxis erklärt uns ebenso gut die neutrophile wie die eosinophile, sowohl die locale, wie die allgemeine Leucocytose, unabhängig von grösseren oder kleineren Erythrocytenzerfall.

3) E. Koch: Ueber Mutase. (Aus dem städt. Krankenhause in Frankfurt a. M.) — Die Mutase ist ein neues, eiweissreiches Nährpräparat, vor Kurzem von den chemischen Fabriken vorm. Weiler-ter-Meer in Uerdingen in den Handel gebracht. Es ist im Gegensatz zu fast allen anderen eiweissreichen Nährpräparaten (z. B. Somatose, Nutrose, Puro, Tropon u. A.) ausschliesslich vegetabilischen Ursprungs und wird aus Nährpflanzen (Gemüsen und Leguminosen) gewonnen. Die Mutase ist ein gelbliches, würzig riechendes, ziemlich indifferent schmeckendes Pulver, schwach hygroscopisch. Es ist in kaltem Wasser theilweise löslich, zum Theil bleibt es darin fein suspendirt. Der Eiweisseghalt beträgt 58.27 Procent und hiervon ist etwa die Hälfte in kaltem Wasser löslich. Nachdem bei einigen klinischen Vorprüfungen das Präparat sich als ein sehr gut bekömmliches erwiesen hatte, wurde zu einem Ausnutzungsversuch geschritten, der sehr günstig ausfiel. Ferner wurden noch vergleichende Untersuchungen über die Resorption von Mutase und anderen Nährpräparaten angestellt, doch sind diese Versuche noch nicht abgeschlossen. K. empfiehlt die Mutase zu weiteren Versuchen am Krankenbett.

Ch. F. Martin: Ueber das Ausscheidungsverhältniss der Alloxurkörper bei Nephritis. (Aus der med. Klinik des Prof. Kraus in Graz.) — Verf. stellte bei Fällen von Nephritis Untersuchungen über die Ausscheidungen der Alloxurkörper an, weil seither die den einschlägigen Arbeiten zu Grunde gelegte Krüger-Wulff'sche Methode ernstliche An-

fechtungen erfahren hat. Ueber die Resultate dieser Untersuchungen ist in der Originalarbeit nachzusehen.

Centralblatt für innere Medicin, 1899, No. 16 mit 20.

1899, No. 21 mit 24.

1) J. Silberberg (Odessa): Eine neue Modifikation der Cheiloplastik. — Die Vortheile des neuen Verfahrens sollen darin bestehen, dass von vorn herein um den ganzen Mund herum ein neugebildeter rother Lippensaum gewonnen und, da die Lappen zwei Stiele haben, die regelmässige Ernährung derselben in hohem Maass gesichert wird. Die Modifikation kann nur in gewissen Fällen angewandt werden, nämlich da, wo kleine, den Mundwinkeln anliegende Parthien der erkrankten Lippe bei der Excision der Neubildung erhalten werden können. Ueber die nähere Ausführung der Operation muss auf die Originalarbeit verwiesen werden.

2) C. Kaczkowski: Nochmals zur Frage der Harnblasendrainage. — K. vertheidigt seine Methode der Blasendrainage gegenüber den von Zuckerkandl in No. 16 dieser Zeitschrift 1899 gemachten Bemerkungen.

3) J. Mikulicz (Breslau): Zur Operation der angeborenen Blasenspalte. — M. hat bei einem Pat. in ähnlicher Weise wie Rutkowski die Harnblasenplastik unter Benutzung eines ausgeschalteten Darmstückes ausgeführt, zog es jedoch vor, zweizeitig zu operiren. So weit M. jetzt schon sagen kann, ist der Erfolg ein befriedigender.

4) A. Kocher: Ueber eine einfache Trepanationsmethode für intracerebrale Injectionen. (Aus der chir. Klinik von Prof. Kocher in Bern.) — Nachdem man bereits in Frankreich angefangen hatte nach dem Vorgange von Roux und Borrel beim Tetanus intracerebrale Seruminjectionen zu machen, hat auch Kocher bei einem im Januar 1899 in seine Klinik aufgenommenen Tetanusfall eine derartige intracerebrale Seruminjection vorgenommen. Die Operation ist folgende: Nach Abrasiren der Haare und Reinigung der vorderen Hälfte der Kopfhaut wird mit dem Kraniometer die Stelle zur Injection in dem vorderen Abschnitt des Seitenventrikels bestimmt. Es ist dies die Stelle vor der Präcentralfurche in der Höhe des Sulcus zwischen mittlerer und oberer Stirnwindung oder an der Schädeloberfläche die Stelle 2½—3 cm. lateral vom Bregma. Von dieser Stelle gelangt man am besten in den Ventrikel unter Vermeidung der motorischen Centren. Es wird an der Stelle eine subcutane Injection einer einprocentigen Cocainlösung gemacht, darnach der Drillbohrer senkrecht auf die Stelle aufgesetzt, die Haut und Galea einfach durchstossen und der Knochen durchgebohrt, wobei man bei gut spielendem Instrument sofort fühlt, wenn der Bohrer durch die Vitrea durchgedrungen ist und sofort anhalten kann. Der Bohrer wird genau in der Richtung des Bohrlochs herausgezogen und der Spritzenansatz durch die Bohröffnung eingeführt und 5—6 cm. in die Hirnsubstanz eingestochen. Nach langsamer Injection wird der Spritzenansatz herausgezogen und ein einfaches englisches Pflaster bildet den ganzen Verband. Der von Kocher auf diese Weise injicirte Fall complete mit Heilung.

5) C. Bayer (Prag): Akuter intraperitonealer Erguss als Symptom innerer Einklemmung (Bruchwasseranalogon). — B. hatte schon früher 3 Fälle beschrieben, die zeigten, dass das plötzliche Auftreten eines acuten Ergusses im Cavum abdominis in zweifelhaften Fällen, wo die Diagnose schwankt, für die letztere Annahme spricht. Er beschreibt nunmehr einen 4. Fall, der wiederum deutlich die „Bruchwasserbedeutung" des acuten intraabdominalen Ergusses bei schwankender Diagnose zwischen Peritnoitis und innerer Einklemmung demonstrirt.

6) C. Lauenstein (Hamburg): Die „Heberpunction" bei Operationen in der Bauchhöhle. — L. bedient sich seit Jahren bei Operationen der Bauchhöhle zur Entleerung von cystischen, Flüssigkeit enthaltenden Geschwülsten der „Heberpunction." Das Verfahren besteht darin, dass man den Gummischlauch, mit dem die Hohlnadel resp. der Troikar armirt ist, mit Flüssigkeit gefüllt in Bereitschaft hält und die Heberwirkung der Flüssigkeitssäule in dem Moment in Action treten lässt, wo man die Nadel in die Cyste eingestochen hat. Am meisten hat sich L. diese „Heberpunction" bewährt bei der intraperitonealen Punction der Ovarialcysten und der Gallenblase.

7) J. Hahn (Mainz): Formalin als Heilmittel chirurgischer Tuberculose. — An Stelle der früheren Behandlung der chirurgischen Tuberculose mit Jodoformglycerin benützt H. nunmehr mit gutem Erfolge eine frisch bereitete Mischung von Formalin (ca. 35procentige Lösung des Formaldehyds) und Glycerin. Die Wirkung ist überall da, wo das Formalin in genügende Berührung mit dem tuberculösen Herd kommt, eine so vorzügliche, dass ihr wohl kein Mittel irgend an die Seite gestellt werden kann. Diejenigen Tuberculosen, die sich am besten für die Formalinbehandlung eignen, sind die Tuberculose der Gelenke, besonders, wenn sie zur Vereiterung gekommen, aber noch nicht aufgebrochen sind, und die Abscesse, und zwar auch die Senkungsabscesse, so wie besonders noch das tuberculöse Empyem der Pleura. Die Concentration des Mittels ist 1—5 Procent Volumenprocent (d. h. auf 100 ccm. Glycerin 1—5 ccm. Formalin).

8) W. F. Sneguireff (Moskau): Ueber ein resorbirendes Naht- und Ligaturmaterial. — S. benutzt als Ersatz für das Catgut Sehnenfäden aus dem Ligamentum nuchae des Rennthiers. Dieselben werden nicht in der schon früher von Putilow empfohlenen Form gedrehter Fäden, sondern in Form der direct durch Zertheilen des unversehrten Ligaments erhaltenen parallelfaserigen Fäden benutzt. Die leichte Sterilisirbarkeit eines derart gewonnenen Materials ist augenscheinlich. Was die Resorption der Sehnenfäden anbelangt, so erfolgt dieselbe etwas langsamer als beim Catgut, was ebenfalls als ein Vorzug anzusehen ist.

SITZUNGSBERICHTE.

Deutsche Medicinische Gesellschaft von New York.

17 West 43. Strasse.

Sitzung vom Montag, den 3. April 1899.

Präsident Dr. H. G. Klotz eröffnet die Sitzung 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest hierauf das Protokoll der vorigen Sitzung, welches angenommen wird.

Dr. W. Freudenthal: Vorstellung eines Falles von

OSTEO-SARKOM DER NASE UND DES OBERKIEFERS.

Die Patientin, die ich mir hier vorzustellen erlaube, ist 56 Jahre alt und hat mehrere Kinder geboren, die gesund sind. Sie war auch stets gesund gewesen, bis sie sich vor etwa 8 Wochen infolge des äusserst kalten Wetters erkältete. Bald darauf fühlte sie eine Verstopfung in der Nase, die so schnell zunahm, dass sie sehr bald gar nicht mehr durch die Nase athmen konnte. Das war auch während der ganzen Zeit ihr einziges Symptom, weshalb sie zu mir geschickt wurde. Sie bemerkte dann, dass die rechte Seite des Gesichts anschwoll und ebenso das Auge, und sie hatte Kopfschmerzen. Ausserdem möchte ich bemerken, dass hier innen am Oberkiefer eine Geschwulst zu fühlen ist, die sie auf ein Zahngeschwür zurückführen will. Bei der Untersuchung sieht man sehr leicht, dass sich eine röthliche Masse vorwölbt, die sehr leicht blutet, die man durch Cocain nicht contrahiren kann und die sich sehr hart anfühlt. Die Durchleuchtung ergab ein positives Resultat, d. h. die eine Seite blieb dunkel, während die andere Seite ganz hell war. Ich versuchte ein Stück zu entfernen, um einerseits vielleicht etwas Luft zu verschaffen, anderseits aber auch, um die Masse microscopisch untersuchen zu lassen. Ich cocainisirte gründlich, und zwar mit einer 15proc. Cocainlösung. Die Frau bekam aber trotzdem einen solchen Niesreiz, als ich mit der Schlinge einging, dass ich davon Abstand nehmen musste, da die Blutung ausserordentlich profus wurde. Ich nahm dann eine kleine Guillotine und schnitt schnell ein Stück ab und bemerkte dabei, dass es von einer sehr harten Masse abging. Die Blutung war ausserordentlich heftig. Das Stückchen wurde von Dr. Heitzmann untersucht, und derselbe war so freundlich mir mitzutheilen, dass es sich hier um ein Sarkom handle. Ich glaube aber, dass es wohl ein Osteo-Sarkom ist, weil die ganze Masse ausserordentlich hart ist. Ich wollte den Fall in der laryngologischen Gesellschaft vorstellen, und Dr. J. Wright von Brooklyn bat mich ihm ein Stückchen zuzuschicken. Ich suchte nochmals ein Stück zu entfernen und hatte diesmal eine geringere Blutung, indem ich schon etwa 15 bis 20 Minuten vorher meinen Nasen-Beutel mit Eis gefüllt und dann das Cocain einführte. Das verminderte die Blutung wesentlich, aber ich konnte trotzdem die Schlinge nicht herumführen, weil der Niesreiz ausserordentlich stark war. Ich glitt wieder ab und konnte wiederum nur ein Stückchen entfernen. Es ist wohl keine Frage,

dass es sich hier um einen malignen Tumor handelt, und die Herren, die den Fall ansehen wollen, werden das zugeben.

Discussion. Dr. L. Heitzmann: Herr Dr. Freudenthal war so freundlich, mir vor ungefähr 14 Tagen ein Stückchen der Geschwulst zuzuschicken. Das Stückchen war ausserordentlich weich und nach der Härtung wurde es geschnitten und untersucht. Es bestand aus myxomatösem Bindegewebe mit einer grossen Anzahl Lymphkörperchen. Stellenweise war eine sogenannte kleinzellige Infiltration sehr ausgesprochen. Es fragt sich, ob es sich hier um einen malignen Tumor, um Sarkom handle, oder möglicher Weise um Syphilis. Diese beiden sind zuweilen ausserordentlich schwer zu unterscheiden. Trotzdem kann man in den meisten Fällen die Diagnose mit Bestimmtheit stellen; wenn man grössere, etwas unregelmässige Körper, die grob granulirt und mit mehr als einem Kern versehen sind, bemerkt, so muss man sofort an Sarkom denken; solche Körper waren an manchen Stellen dieses Falles ausserordentlich zahlreich in grösseren und kleineren Gruppen zu sehen. Bei Syphilis bemerkt man regelmässige kleinzellige Infiltration, und gewöhnlich sind die Körper nicht so grob granulirt und sehr lichtbrechend. Das war hier nicht zu sehen. Ich hege keinen Zweifel, dass wir es hier mit einem Lymphosarkom zu thun haben.

Dr. W. Freudenthal (Schlusswort): Ich glaube auch nicht, dass es sich hier um Syphilis handelt. Es sind gar keine Anzeigen dafür vorhanden. Ich wollte nur noch bemerken, dass die ganze Geschwulst vom Antrum Highmori ausgegangen ist.*)

EIN FALL VON PSEUDARTHROSE BEI DOPPELTEM KOMPLIZIRTEM BRUCH DER VORDERARMKNOCHEN.

Dr. A. Gerster: (Patienten vorstellend.)

Dr. H. J. Boldt:

PRAEPARAT EXTRA UTERIN-SCHWANGERSCHAFT.

Ziemlich ausgetragene Extra Uterin-Früchte kommen so selten vor, dass es wohl angebracht ist, ein derartiges Präparat vorzuzeigen. Es zeigen sich bei Vorliegendem verschiedene interessante Punkte. Zunächst sehen Sie den Zusammendruck des Schädels, wie wir ihn bei extra-uterinen Früchten gewöhnlich finden, obwohl die Abnormitäten der Extremitäten, wie sie häufig bei extra-uterinen Foeten vorhanden sind, nicht vorliegen. Aber es handelt sich bei diesem Fall um folgende interessante Punkte: Eine vollständige Abwesenheit des Fruchtwassers und eine ziemlich vollständige Absorption des Fruchtsacks. Alles was noch vom Fruchtsack vorhanden war, ist dieses kleine Stück. Dann in Form eines eingekapselten Ovals, die Placenta, welche vollständig unabhängig von

*) Anmerkung bei der Correctur: Patientin wurde am 7. April von Dr. Dawbarn in der N. Y. Polyclinic operirt (Unterbindung beider int. Carotiden — Oberkiefer-Resection). Die Geschwulst erstreckte sich bis tief in den Sinus frontalis hinein. Microscopische Untersuchung ergab die Richtigkeit der vorher gemachten Diagnose, nämlich Rundzellen-Sarkom. Die Wunde ist jetzt (9. Mai) fast ganz verheilt.

der Beckenhöhle hoch oben im Bauch und am oberen Pol adherent an den Darm und Mesenterium lag, so dass sie den Eindruck eines separaten Tumors macht. Die Operation war nicht von besonderem Interesse. Das einzig Bemerkenswerthe war, dass es den Anschein hatte, als ob es sich um eine wirklich primäre abdominale Schwangerschaft handle; dass derartige Fälle vorkommen ist zwar von verschiedenen Seiten behauptet, bis jetzt noch niemals bewiesen worden. Deshalb schickte ich das Präparat an Dr. Wm. H. Welch in Baltimore, der eine genaue Untersuchung machte und wirklich feststellen konnte, dass an die Placenta enthaltenden fibrösen Membran einige Stellen waren, welche Fimbrien der Tube zeigten. Es sind bis jetzt nur zwei Fälle beschrieben worden, welche mit dem meinigen Aehnlichkeit zeigten, ein Fall in England, und dann der vor Kurzem von Neugebauer in Warschau beschriebene; in letzterem war jedoch die Frucht nicht abgestorben; die Schwangerschaft wurde auf 8 Monate festgestellt. In einigen anderen Fällen, welche bis jetzt beschrieben worden sind, war der Fruchtsack intakt, oder zum Theil geborsten, oder es war das Fruchtwasser vorhanden. Der interessante Punkt in vorliegendem Fall war aber eben, dass das Fruchtwasser ganz, und der Fruchtsack bis auf einen kleinen Rest absorbirt war. Anscheinend handelte es sich um eine abdominale Schwangerschaft. Durch genaue Untersuchung liess sich feststellen, dass es primär eine Tubenschwangerschaft war.

Ich habe hier noch ein kleineres Präparat von einer extra-uterinen Schwangerschaft, welche anscheinend im dritten Monat war. Ich stelle den Fall deshalb vor, weil man sich niemals allein auf Angaben der Patienten verlassen darf. Die betreffende Frau wurde von einer Reihe von Collegen gesehen, sogar von einem Spezialisten, und ich kann es nur dem Umstande zuschreiben, dass von anderer Seite die Diagnose nicht gestellt wurde, weil die Frau angab, sie sei seit einer Reihe von Jahren Wittwe. Die Diagnose in dem Fall wurde allgemein als akute Anämie von verlängerter heftiger Menstruation gestellt. Die Frau war zur Zeit des operativen Eingriffs ziemlich moribund.

Discussion. Dr. F. Foerster: Das vorgestellte Präparat ist sehr interessant. Es giebt wohl wenige unter uns, welche etwas Aehnliches gesehen haben. Ich persönlich kann nicht über eine derartige Erfahrung verfügen. Ich möchte blos die Frage stellen, ob die Tube sich zur Zeit der Operation hat erkennen lassen; microscopisch liessen sich, wie Vortragender sagt, die Tubartheile erkennen. Kam es zu irgend einer grösseren Blutung? Im Fall die Placenta blos von den umliegenden Theilen abgelöst wurde, wäre es interessant zu wissen, ob nicht die eine oder die andere Unterbindung nothwendig war.

Dr. H. J. Boldt (Schlusswort): Ich bemerkte, dass es dem Anschein nach eine primäre Abdominal-Schwangerschaft war. Infolgedessen waren die Beckenorgane anscheinend normal. Ich glaubte, dass ich es nur mit einer leichten Salpyngitis auf der betreffenden Seite zu thun hatte. Die Tuba war etwas verlängert und die Fimbrien zum Theil verschlossen oder verödet. Sonst war nichts Abnormales vorhanden. Es fand keine grössere Blutung bei der Operation statt.

Dr. A. Rose:

DIE BENENNUNG APPENDICITIS UND ANDERE UNWISSENSCHAFTLICHE WOERTER UNSERER KUNSTSPRACHE.

(Anderwärts publicirt.)

Discussion. Dr. Willy Meyer: Mit Vergnügen leiste ich der Bitte des Herrn Dr. Rose Folge, ein paar Worte über seinen Vortrag zu sagen, obwohl ich glaube, dass von chirurgischer Seite nicht sehr viel darüber zu discutiren ist. Dr. Rose hat gewiss recht, mit der Behauptung, dass sich in der Nomenklatur der Medizin sehr viele Barbarismen finden, dass man sich im Laufe der Jahrhunderte nicht consequent geblieben, sondern für das eine oder andere Organ Namen aus der lateinischen und griechischen Sprache entlehnt hat. Wir sagen Stomachus, sprechen von Gastritis, wir gebrauchen das Wort os und osteom, etc. Mit ganz wenigen Ausnahmen aber, wie z. B. des von Dr. Rose gerügten Namen Vaginitis, ist die Entzündung in allen Fällen mit einem Wort aus der griechischen Sprache belegt. Er hat darum gewiss triftigen Grund für seine Forderung, statt Appendicitis den griechischen Namen Scolecoiditis zu gebrauchen. Aber ich möchte die Anwesenden fragen, wer von uns hat während seiner Universitätsstudien je davon gehört, dass der Appendix auch Scolecoides gennant wurde. Wer von den anwesenden Herren hat je gehört, dass der unsterbliche so gründlich belesene Hyrtl dieses Wort in seiner Anatomie erwähnte. Ich habe das Wort zum ersten Mal gehört als Dr. Gerster vor einigen Jahren darauf aufmerksam machte. Wenn man sich auf den rein grammatologischen Standpunkt stellt, so hat Dr. Rose gewiss recht, aber ich möchte bezweifeln, ob dieser Standpunkt hier der richtige und praktische ist. Ich für meinen Theil würde es sehr bedauern, wenn das Wort Appendicitis durch irgend ein anderes Wort substituirt werden sollte. Das Wort Appendicitis hat glücklicher Weise heutzutage einen so unheimlichen Klang bei der Laienwelt, dass dieser Grund allein uns bestimmen sollte, an dieesem Worte nicht zu rütteln. Jeder Laie, der das Wort Scolecoiditis hört, würde den Arzt fragen: „Was ist denn das für eine neue Krankheit", und wir würden ihm dann erst erklären müssen, dass Scolecoiditis der richtige Ausdruck für Appendicitis ist. Das Wort Appendicitis wird schon von Kindern gekannt. Es ist mir vorgekommen, dass ein Kind von 8 Jahren den Appendix entfernt zu haben wünschte, denn es hatte gehört, dass es an Appendicitis leide. Ich bin fest davon überzeugt, dass die Kenntniss der Gefährlichkeit der Appendix-Erkrankungen seitens der Laienwelt die Grundlage bildet für das ärztliche Bestreben, möglichst viele Menschenleben von dieser tückischsten aller Krankheiten zu retten. Wenn man demnach, wie ich, vorzüglich Indikation, auf dem Standpunkte steht, dass man sagt, wenn der Appendix nicht im ersten Anfall von Appendicitis entfernt werden musste, so sollte er nach dem ersten Anfall exstirpirt werden, der wird ebenfalls dafür plaidiren, das Wort Appendicitis beizubehalten.

Dr. A. Gerster: Es ist, glaube ich, dem Gegenstand sehr wenig hinzuzufügen. Ich bekenne mich allerdings schuldig, dass ich einmal über die Nomenklatur der Appendicitis geschrieben habe. Meine Ab-

sicht war gut, aber ich glaube, dass es uns in diesem Fall ebensowenig gelingen wird, ein populäres, wenn auch noch so absurdes Wort abzuschaffen, wie in allen anderen Fällen. Das medicinische Volk macht sich seine Ausdrücke wie das andere Volk, und wenn ein Ausdruck einmal gang und gäbe geworden ist, dann wird er nicht mehr geändert. Darum glaube ich, dass man diese ganze Bewegung nicht zu ernst auffassen sollte. Wir, die Unterricht in den Classikern erhalten haben, wissen recht wohl, dass es nicht schön ist, von Vaginitis u. s. w. zu reden, aber ich glaube nicht, dass diese Bewegung jemals einen praktischen Erfolg haben wird. Denn Altgriechisch, sowohl als Neugriechisch, wenn auch letzteres nicht eine todte Sprache ist, wird doch von modernen Kulturvölkern wenig gelernt, und es ist sehr unwahrscheinlich, dass das Erlernen des Neugriechischen populärer werden wird, als es heute ist.

Dr. A. Jacobi: Ich stelle mich ganz auf den Standpunkt von Dr. W. Meyer. Der Gegenstand ist meiner Meinung nach interessant und wichtig genug, und wenn es uns gelänge, eine wissenschaftliche Sprache einzuführen, so wäre das unser und unseres Standes und unserer Wissenschaft entschieden würdig. Die Frage ist nur, ob es in der Jetztzeit oder in der nächsten Zukunft überhaupt geschehen kann. Mir scheint das Uebel so stark eingerissen, dass wir kaum hoffen dürfen, dass es anders werden wird. Ich habe mir hier eine Reihe von Wörter aufgeschrieben, die jeder von uns versteht, der mit Krankheit zu thun hat. Sehen Sie sich unsere Terminologie an. Schon dieses Wort Terminologie, von Terminus, lateinisch, und Logos, griechisch, ist von vornherein eine schlechte Composition, deren wir uns alle schuldig machen, deren sich auch Virchow schuldig gemacht hat und die wir in allen Büchern finden. Wir reden von Tonsilitis. Ich habe viele Jahre hartnäckig Amygdalitis gesagt. Wenn ich aber das Wort im College gebrauchte, so sahen mich die Studenten fragend an, und ich musste es dann in Tonsilitis übersetzen. So sind Vaginitis, Tectitis, Ovaritis, Cellulitis, Vasculitis, Mediastinitis u. s. w. und so liesse sich noch eine Reihe von Wörtern hinzufügen, alles schlechte Bildungen, lateinisch mit griechischen Endungen. Nun giebt es aber Fehler, deren wir uns fortwährend schuldig machen in einer Weise, die kaum zu entschuldigen ist. Wir selber haben die Gewohnheit, wenigstens viele von uns, manche Wörter falsch zu betonen. Unsere amerikanischen Collegen fast alle und manche von uns sagen Abdomen, es heisst Abdomen. Wir sagen Umbilicus, es heisst Umbilicus, Detritus und Tinnitus, es heisst Detritus und Tinnitus. Wir reden im englischen von Vertigo, es heisst Vertigo. Es heisst gar nicht Diagnose. Ich glaube Dr. Rose sagt selbst Diagnose. Es heisst Diagnosis. In Diaphoresis und Diapedesis sollte der Accent auf der drittletzten Silbe liegen. Dann giebt es eine Reihe von Compositionen, die falsch sind: Fimbriocele, Fibrosarkom, Neurofibroma, Ovariocele. Wenn wir aber launisch sind, so sind die Sprachen auch launisch. Wie kommt es, dass das Lateinische seine merkwürdige Fähigkeit hat, verschiedene Endsilben zu machen. Aus dens macht es

dentatus, aus mens aber mentalis u. s. w. So sind alle Sprachen launisch, auch die modernen Sprachen, und da im Grunde ein Volk ein gewisses Recht hat, auch andere Sprachen zu assimiliren, so kann man sich dadurch wohl erklären, wie gelegentlich auch solche Zusammenstellungen gekommen sind. Jede Sprache wächst, nicht blos durch die Aufnahme aus fremden Sprachen, sondern auch durch fremde Gewohnheiten. Sie modificirt das, was sie verstanden hat, und nimmt es auf und bereichert sich damit, und ich bin noch immer der Meinung, dass manche von den Worten, die ich vorgelesen habe, sich immer erhalten werden, und vielleicht nicht einmal abgeschafft werden sollten. Es giebt freilich eine ganze Menge Dinge, die anders sein sollten, und wenn wir heute eine andere Terminologie bekommen könnten, so wäre ich sehr gerne bereit, sie anzunehmen. Was gegen Pathogenese einzuwenden ist, sehe ich nicht recht ein. Die „Entstehung des Leidens" ist eine gute Zusammensetzung. Nosologie ist auch ein gutes Wort. Nebenbei bemerkt, ist es, wie ich glaube, zuerst von Fuchs in Göttingen vor etwa 60 Jahren in seiner „Nosologie und Therapie" gebraucht worden. Das ist alles was ich zu sagen hätte. Ich kann Dr. Rose dazu nur Glück wünschen, dass er in persistenter Weise so hartnäckig, wie sein Character es ihm nur erlaubt und vorschreibt, darauf bedacht gewesen ist, ein ideales Ziel nicht aus dem Auge zu verlieren. Er hat dadurch Gutes gewirkt, etwas Weniges erreicht, und ich hoffe, dass er mehr erreichen wird.

Dr. Karl Dauber: Ueber die Berechtigung des Wunsches, den Dr. Rose betreffs wissenschaftlicher Nomenklatur ausgesprochen hat, kann gar keine Discussion stattfinden; aber es ist im Verlauf der gegenwärtigen Discussion einstimmig darauf aufmerksam gemacht worden, dass die praktische Durchführbarkeit dieses Wunsches auf vielleicht unüberwindliche Hindernisse stösst. Es ist in Deutschland der Versuch gemacht worden, dem Nothruf Virchow's folgend eine bessere Nomenklatur für die Anatomie einzuführen. Diese Nomenklatur wird jetzt auf den Universitäten gelehrt. Wenn wir aber zufällig ein lateinisches Wort für ein Organ haben und die Entzündung des Organs ausdrücken wollen, so müssen wir nothgezwungen zu dem lateinischen Wort greifen und uns mit einer griechischen Endung behelfen. So kommen wir zu ähnlichen Worten, wie Appendicitis, Vaginitis, was allerdings ein sprachliches Unding ist. Auf der anderen Seite ist aber ein grosses Hinderniss für die praktische Durchführbarkeit dieses Wunsches die sprachliche Ignoranz seitens vieler von uns und die Nachlässigkeit und Gleichgültigkeit. Ferner sind Wörter volksthümlich geworden, die nicht mehr auszurotten sind. Diabetes, Appendicitis, bringt man nicht mehr aus dem ärztlichen- wie aus dem Laienpublikum heraus.

Dr. Rose hat weiter auf den Unfug aufmerksam gemacht, der mit Neubildung von Wörtern in der chemischen Wissenschaft getrieben wird. Ja, meine Herren, in der Chemie, besonders der organischen Chemie, sind die neugebildeten Wörter weiter nichts als mnemotechnische Hilfsmittel. Wenn jemand von einem Stoff hört, der, wollen wir sagen, z. B. Dimethyamidoazobenzol heisst, so weiss er sofort, was das Wort bedeutet. Der Chemiker hat das stereo-chemische Bild des Wortes vor sich. Da nun die Stereo-Chemie ausserordentlich wichtig ist, so wird es wohl

kaum möglich sein, für eine so neue Wissenschaft, von der man zur Zeit der klassisch-griechischen Sprache so gut wie nichts wusste, aus dem griechischen Sprachsatz das Wort zu finden; da bildet man sich am besten das Wort nach den Grundworten, die in der Wissenschaft nun einmal existiren. Aus diesen Gründen wird es wohl kaum möglich sein, dass eine vollkommene Reinigung der medicinisch-naturwissenschaftlichen Sprache stattfinden kann.

Dr. A. Ripperger: Ich kann mich kurz fassen. Ich bin auch der Ansicht, dass der interessante Vortrag von Dr. Rose vom praktischen Standpunkt aus zu wenig positiven Ergebnissen führen wird, und ich möchte fast sagen, zum Glück. Wir kämen ja zu einer reinen babylonischen Sprachverwirrung, wenn die Rose'schen Ideen verwirklicht würden und wenn man beginnen würde, alle die Worte, die Dr. Rose und Dr. A. Jacobi angeführt haben, plötzlich durch andere Ausdrücke zu ersetzen, die nicht so zweckmässig wären und den Gegenstand nicht so scharf definiren würden. Als ich Medizin studirte, habe ich ein terminologisches Wörterbuch der Medizin nur dem Namen nach gekannt; wenn aber der Vorschlag von Dr. Rose durchginge, da würde es für Jeden, der sich mit der medizinischen Literatur beschäftigt, nöthig sein zuerst ein derartiges Wörterbuch zu kaufen, um das zu verstehen, was er liest.

Was das Wort Appendicitis anbelangt, so hat Dr. Rose, um zu beweisen, dass man in Deutschland auch das Wort Perityphlitis kennt, angeführt, dass Ludwig Herzog zwei Aufsätze, betitelt Perityphlitis veröffentlicht hat. Diese Mühe hätte sich Dr. Rose sparen können. In Deutschland ist der Ausdruck Perityphlitis und Paratyphlitis gang und gäbe. Ich hatte das Wort Appendicitis nicht gekannt, bis ich hierher nach New York kam. Im Hyrtl'schen Lehrbuch der Anatomie des Menschen findet sich der Ausdruck Appendix, aber nicht Appendicitis. Das Wort Skolekoiditis ist meines Wissens zuerst von Nothnagel gebraucht worden und in österreichischen, speziell Wiener medizinischen Gesellschaften eingebürgert. Dr. Rose nennt ferner Terminologie ein unschönes Wort. Ich möchte ihn aber darauf aufmerksam machen, dass er dieses Wort noch vor einigen Jahren nicht so unschön gefunden hat, da er es in einem in der New Yorker Deutschen Medizinischen Monatsschrift veröffentlichten Artikel gleich zweimal in einer Zeile gebraucht hat. Ich komme nun zu den Ausdrücken Vaginismus und Vaginitis und möchte sagen, dass wir durch nichts berechtigt sind, diese Wörter zu streichen, weil sie nicht im griechischen Wörterbuch stehen. So viel ich mich erinnere, ist die Bezeichnung Vaginismus zuerst 1861 von Marion Sims eingeführt worden, der diesen Zustand damals zum ersten Male beschrieben hatte, ist also nun 38 Jahre im Gebrauch und hat durch Sims ein gewisses historisches Interesse gewonnen. Sollen wir nun das Wort streichen, weil es nach Dr. Rose's Ansicht unglücklich gebildet ist, weil es Dr. Rose in keinem griechischen Wörterbuch findet? Ich glaube nein. Mit Polypragmasie fühle ich mich etwas getroffen, weil ich selbst in einem unlängst publicirten Artikel vor Polypragmasie gewarnt, das Wort also gebraucht habe. Dr. Rose sagt, es ist ein entsetzliches Wort. Mag es für Dr. Rose entsetzlich sein, allein dieses

Wort schildert so gut wie kein anderes, was damit bezeichnet werden soll, und jeder Mediciner versteht den Sinn desselben.

Dann möchte ich erwähnen, dass der Versuch neue Wörter zu bilden, schon aus früher Zeit stammt. Schon im Jahre 1837, wie aus Hufeland's Journal zu ersehen ist, hatte Ebel für die Influenza, welches Wort er für unpassend hält, den Namen *μυκοδερμα'τιβις ε'πιδή'μικα* vorgeschlagen, indem nach seiner Ansicht, die Benennung einer wissenschaftlichen Anforderung besser entspricht, vorgeschlagen. Gott sei Dank, dass der Ausdruck nicht ausgeführt. ist. In einer der letzten Nummern des Journals der American Medical Association findet sich ein Vorschlag von Dr. Regensburger, für Sykosis das Wort Dermatitis barbae einzuführen, das ist also eine Hautentzündung des Bartes. Ist das nun ein besseres Wort für Sykosis oder nicht? Ich denke nicht. Im Anschluss an das, was Dr. A. Jacobi über Nosologie gesagt hat, möchte ich bemerken, dass dieser Ausdruck viel älter ist, wie Dr. A. Jacobi glaubt. Er stammt nicht aus den 60ziger Jahren, sondern kommt schon im vorigen Jahrhundert vor, denn zu Ende desselben (1786) hat der berühmte Cullen seinen „Inbegriff der Nosologie" herausgegeben. Kurz, aus allem können wir ersehen, dass wir am besten beim Alten bleiben. Wenn es gilt, neue Namen zu schaffen, so wollen wir den Autoren, welche die Forschung getrieben haben, auch überlassen, die Bezeichnung hierfür zu finden. Sie werden schon das Richtige treffen, ohne erst bei den Griechen anzufragen.

Dr. Emil Grüning: Das Wort Conjunctivitis ist hier mehrfach als Barbarismus erwähnt worden. Stellwag v. Carion gefiel dieses Wort auch nicht, und er erfand dafür die Bezeichnung Syndesmitis. Es ist schon bemerkt worden, dass es ja ganz bequem ist, die Endung itis an die Bezeichnung des Organs zu setzen, wenn es sich um Entzündung handelt. Nun ist aber ein griechisches Wort für Conjunctiva kaum vorhanden, denn ob Syndesmos ein richtiges Wort für Bindehaut ist, bleibt dahingestellt. In Frankreich nannte Desmarres die Netzhautentzündung nicht Retinitis, sondern Dictyitis (Diktyon-Netz), nichtsdestoweniger sagen wir immer noch Retinitis. Ebenso verhält es sich mit Conjunctivitis, obgleich die von Stellwag vorgeschlagene Bezeichnung Syndesmitis vielleicht besser wäre. Es ist schon erwähnt worden, dass die Reform eigentlich von den Anatomen ausgehen muss. Wenn alle Organe griechische Namen hätten, so wäre es ganz leicht den Namen für das Krankheitsbild auch richtig zu bilden. Wenn wir geläufige und allgemein bekannte griechische Bezeichnungen für Retina und Conjunctiva hätten, dann würde auch der Name für den Krankheitszustand keine Schwierigkeiten machen.

Dr. A. Rose (Schlusswort): Ich glaube, ich bin im Ganzen etwas missverstanden worden. Ich habe nicht gesagt, dass ich selbst dafür wirken will, dass wir andere Wörter einführen. Mein Standpunkt ist vielmehr der: Von allen Seiten werden Anstrengungen gemacht, von den Gelehrten in Deutschland hauptsächlich, in Philadelphia und anderweitig, eine neue anatomische Nomenklatur zu bekommen, und ich wollte blos auf das Unrecht aufmerksam machen, dass man nicht die wirklich ideale und absolut richtige griechische Nomenklatur von heute benutzt.

Ich habe auch nicht verlangt, wie Dr. Willy Meyer annimmt, dass man Scolicoiditis einführen sollte für Appendicitis, sondern blos die Thatsache feststellen wollen, dass Appendicitis auf Griechisch Scolicoiditis heisst, aber dass die griechischen Collegen das Wort Perityphlitis gebrauchen. Dr. Gerster bemerkte, dass es zu keinem praktischen Resultat führen würde, diese Sache hier vorzubringen. Da muss ich doch sehr widersprechen. Vor vier Jahren ungefähr, als ich begann über Griechisch zu sprechen, begegnete ich fast Niemand, der mir nicht sagte, Griechisch ist eine todte Sprache, das heutige Griechisch eine Mischung von Türkisch, Slavisch und ich weiss nicht was Allem. Ich glaube nicht, dass heute noch irgend Jemand dies behaupten wird. Ferner wird ein zweiter praktischer Zweck damit erzielt. Jedes Wort, das wir hier reden, kommt in die Journale, wird besprochen und regt die Leute zum Denken an; ich glaube, wir werden allerdings Nutzen stiften, wenn wir die Sache hier verhandeln, und ich bin sehr dankbar und erfreut, dass ich die Gelegenheit gehabt habe, sie hier vorbringen zu können.

Was den Unterschied zwischen Nosologie und Pathologie betrifft, ist zu bemerken, dass man, ich weiss nicht seit wie langer Zeit, unter Nosologie einfach die Krankheitslehre versteht, und unter Pathologie oder pathologischer Anatomie, anatomische Veränderungen. Ob diese anatomischen Veränderungen krankhafter Natur sind oder nicht, kommt nicht in Betracht. Wenn wir über die Sache nachdenken, so müssen wir gewiss gestehen, dass es oft von grosser Bedeutung ist, diese beiden Begriffe auseinanderzuhalten. Dr. Ripperger besprach das Wort Polypragmasie. Es giebt eben kein solches Wort, oder vielmehr es ist ein Berliner griechisches. Das Wort ist Polypragmasynie.

(Fortsetzung des Sitzungsberichtes folgt in nächster Nummer.)

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 24. März 1899.

Vorsitzender: Dr. Balser.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1) Dr. Heimann: Die krankhaften Zustände, welche ich bei dieser Patientin schildern werde, können als verschiedene Affectionen abgehandelt werden. Patientin ist 8 Jahre alt, in New York geboren, erblich nicht belastet. Normale Geburt. Das Kind ist als fünftes geboren und wurde an der Brust genährt. Bekam mit einem Jahre die ersten Zähne und konnte mit 15 Monaten sprechen und gehen. Trauma nicht nachzuweisen. War ausser an Masern nie krank gewesen. Mutter giebt an, dass Patientin vor etwa 5 Monaten in der Nacht einen sehr heftigen Schreck gehabt habe, indem sie glaubte, eine Maus gesehen zu haben.

Seit dieser Zeit will die Mutter beobachtet haben, dass das Kind geistig zurück geblieben ist. Das Kind ist blass, sonst aber gesund. Reflexe normal. Schriftformen gestört. Die unter dem Namen Catalepsie beschriebenen Erscheinungen waren auch bei dieser Patientin noch in der letzten Woche sehr prägnant. Man könnte dieses Symptomenbild noch besser in den Rahmen der Hysterie einpassen.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Wie lange hat die Catalepsie gedauert? — Dr. Heimann: Ich habe sie nur einen Nachmittag beobachtet.

2) Dr. Heimann: Der zweite Fall, den ich mir vorzustellen erlaube, ist von besonderem Interesse wegen der Seltenheit, mit der dieses Leiden im Kindesalter in der Stadt Nw York endemisch auftritt. Pat. ist 5 Jahre alt und ist hier geboren. Laut Anamnese war er nie ausserhalb der Stadt New York. Geboren ist er im unteren Theil der Stadt, wohnte später in der Ost 161. Strasse und seit 3 Monaten in der Ost 78. Strasse. Die Mutter giebt an, im letzten Sommer an Malaria gelitten zu haben. Pat. ist das dritte Kind, an der Brust genährt. Ausser Fieber und convulsischem Anfall im verflossenen Sommer immer gesund. Die jetzige Krankheit datirt nach Angabe der Mutter ungefähr 10 Tage zurück, wo Pat. zum ersten Male im Mount Sinai Dispensary zur Behandlung kam. Temperatur 102, Milz vergrössert, ungefähr 2½ Querfinger unter dem Rippenbogen hervorragend. Die periphere Blutuntersuchung ergab zu meinem Erstaunen aus 3 gefärbten Präparaten nur ein einziges halbmondförmiges Plasmodium, welche ja vorzugsweise bei den schweren, unregelmässigen und perniciösen Formen vorkommen. Dass wir hier in New York und Umgebung ziemlich viele Malariafälle zur Beobachtung bekommen, ist ja allgemein bekannt; nämlich die Tertianaform, von welcher ich Ihnen auch ein Präparat von einem 13-wöchentlichen Kinde stammend unter dem Mikroscop vorlegen werde; aber die Halbmondformen hier endemisch oder sporadisch zu finden, ist mir nicht bekannt. Das Kind wurde mit Chinin behandelt und konnte bald eine Verkleinerung der Milz beobachtet werden.

Discussion. Dr. Langmann: Es scheint mir, dass der Fall von besonderem Interesse ist. Sie werden sich erinnern, mit welcher absoluten Bestimmtheit man angenommen hat, dass Halbmonde oberhalb des Breitegrades von Baltimore gar nicht vokommen. Und doch hat man schon einmal einen Fall beobachtet. Es betraf dies einen Mann, der nie aus New York herausgekommen war und an Malaria starb. Die Blutuntersuchung ergab eine grosse Anzahl von Halbmonden. Der Fall von Dr. Heimann beweist also, dass die Halbmonde entweder nicht characteristisch sind für die perniciöse Malaria der Tropen, oder dass den Halbmonden nicht die Bedeutung zugeschrieben werden darf, wie es jetzt geschieht. — Dr. Heiman: Ich will noch hinzufügen, dass man auch daran denken könnte, dass dieses Kind vielleicht von unseren heimgekehrten Soldaten aus durch Mosquitos inficirt wurde.

3) Dr. A. Jacobi:

FALL VON ACROMEGALIE.

Ich habe Ihnen diese Pat. schon vor einem Jahnre vorgestellt. Ihr

Zustand hat sich seitdem nur unbedeutend gebessert. Ihre Haut ist etwas weicher geworden, allein der Zustand der Hände ist derselbe geblieben.

4) Dr. Einhorn:

FALL VON MAGENDILATATION IN FOLGE VON VERENGERUNG DES PYLORUS.

Pat., 27 Jahre alt, hatte vor zwei Jahren angefangen, stark und häufig zu brechen. Vor etwa einem Jahre kam Pat. in meine Behandlung. Es fand sich ein bedeutend erweiterter Magen und starke Ischochymie. Auf Wismuth und flüssige Kost besserte sich der Zustand des Pat. Bald darauf fing Pat. an, schwer zu arbeiten und bekam eine bedeutende Magenblutung. Pat. wurde dann eine Woche per rectum ernährt und dann auf streng flüssige Kost gesetzt. Der Zustand besserte sich, und Pat. fing an, regelmässig Magenspülungen zu gebrauchen. Unlängst kam Pat. wieder zu mir; er hat im letzten Jahr 26 Pfund an Gewicht zugenommen. Die Zeichen der Stenose bestehen jedoch in derselben Weise fort: starke Ischochymie; gröbere Partikelchen können den Pylorus nicht passiren. HCl war stets anwesend. Der Fall ist insofern interessant, als er zeigt, dass ein Pat. trotz hochgradiger Pylorusstenose im Stande ist, durch flüssige Kost erheblich an Gewicht zuzunehmen.

Discussion. Dr. Dauber: Ich möchte betonen, dass es eine ausserordentliche Seltenheit ist, dass in so kurzer Zeit bei einer so starken Erweiterung des Magens und so lange bestehenden Verengerung des Pylorus eine solche Gewichtszunahme von 25 Pfund vorkommt. Nun hat Pat. noch vor einem Jahre ein Ulcus gehabt und ist darauf hin behandelt worden. Das Geschwür scheint dann geheilt zu sein. Pat. giebt auch an, früher starke Beschwerden in der Pylorusgegend gehabt zu haben, die jetzt verschwunden sind. Es mag sich wohl früher um Pyloruskrämpfe gehandelt haben, die jetzt beseitigt worden sind und dadurch mag die Gewichtszunahme erzielt worden sein. — Dr. A. Jacobi: ‚Was will Dr. Einhorn mit dem Fall machen? — Dr. Einhorn: Ich habe mich allerdings nicht zu sehr auf Einzelnheiten eingelassen, um Ihre Zeit nicht zu sehr in Anspruch zu nehmen. Als Pat. zu mir kam, war kein Zeichen eines frischen Ulcus mehr vorhanden. Ich stellte also die Diagnose auf Verengerung gutartiger Natur, wahrscheinlich infolge Ulcus. Pat. besserte sich schnell. Da erlitt er ein neues Trauma. Er hatte angestrengt an einer Nähmaschine gearbeitet, es wurde ihm plötzlich schlecht und nach zwei Tagen erbrach er eine grosse Menge Blut. Die Erscheinungen der Stenose sind jetzt ungefähr dieselben wie vor einem Jahre, d. h. sein Magen wird nicht leer, sobald er irgend welche feste Bestandtheile zu sich genommen hat. In Bezug auf Secretion des Magens will ich hinzufügen, dass er vor einem Jahre Salzsäure hatte, aber nicht in übergrosser Menge, dass vor ein paar Tagen keine freie Salzsäure, aber Milchsäure vorhanden war. Die Hauptsache ist, dass die Erscheinungen der Stenose noch fortbestehen und dass er trotzdem 25 Pfund zugenommen hat. Pat. ist auch kräftiger geworden und hat weniger Schmerzen. In Bezug auf die Frage von Dr. A. Jacobi bin ich der Ansicht, dass eine Operation in diesem Falle wesentlich im Stande

sein dürfte, das mechanische Hinderniss zu beseitigen. Der einzige Nachtheil ist, dass so viele Gefahren mit der Operation verbunden sind. Wenn ich wüsste, dass die Gefahr nur sehr gering wäre, würde ich zur sofortigen Operation rathen. Allein leider ist die Mortalität bei diesen Operationen eine sehr bedeutende. Betreffs meiner Fälle aus den letzten zwei Jahren betrug dieselbe 40 Procent gegenüber 25 Procent bei den früheren Fällen. Auch bei Patienten, die sich noch in gutem Zustande befanden, war die Mortalität eine grosse. Dies ist der Grund, warum ich jetzt der Operation gegenüber mehr zurückhaltend bin. Jetzt würde ich nur dann zur Operation rathen, wenn ein Patient selbst durch flüssige Nahrung nicht mehr im Stande ist, sich zu erhalten.

5) Dr. Moschcowitz:

FALL VON NEUROM AN EINEM THEILWEISE GESCHNITTENEN N. MEDIANUS.

Der Patient ist interessant aus zwei verschiedenen Gründen; erstens der Diagnose halber und zweitens in Folge des unerwartet äusserst günstigen Resultates. Die Krankengeschichte kurzgefasst ist wie folgt: Pat. diente vor 10 Jahren bei der Artillerie; beim Manöver fiel er von einem Geschütz herab, und zwar so, dass ihm ein schwerer Säbel auf die Volarseite des linken Handgelenkes fiel. Die verursachte Wunde (eine quere, ungefähr 4 c.m. lange Narbe ist noch jetzt zu sehen) wurde in einem Lazareth verbunden, ohne genäht zu werden, und es stellte sich, der Angabe des Patienten gemäss, eine Phlegmone ein, denn er war nachher noch mehrere Monate lang in einem Hospitale in Behandlung. Bald nach seiner Entlassung bemerkte er eine Schwäche und verminderte Motilität des Daumens-, Zeige- und Mittelfingers; so konnte er die Spitze des Daumens mit dem kleinen Finger nicht berühren. Seit jener Zeit klagt er über mehr und mehr zunehmende Schmerzen und krampfhafte, sehr schmerzhafte Zuckungen in der Hand. Als ich Pat. zum ersten Male sah, ergab die Untersuchung folgenden Zustand: Vor allem war auffallend eine vollständige Atrophie der Daumenmuskulatur in der Hand, mit Ausnahme des opponens pollicis und des äusseren Kopfes des Flexor bosois poelicis, Schwäche im Vergleiche mit der rechten Hand, und endlich gänzlich gegen die erwartete Anästhesie eine ausgesprochene Hyperästhesie der im Bereiche des N. medianus gelegenen Theile der Hand. Die alte Narbe ist zum Theile adhärent an die tiefer gelegenen Structuren. In der Narbe ist eine kleine Geschwulst zu fühlen, welche schon beim leichtesten Drucke solche Schmerzen verursacht, dass der Pat. krampfhaft zusammenzuckt und sich vor jeder Untersuchung scheut. Ich stellte zur Zeit als Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Neurom des partiell quer durchschnittenen N. medianus, denn nur so konnte man sich die Hyperästhesie anstatt Anästhesie, und die sonstigen scheinbar in Conflict stehenden Symptome, wie dass nur ein Theil der Daumenmuskeln atrophisch wurde, erklären. Bei der Operation fand ich auch an dieeser Stelle den stark verdickten N. medianus, in dessen Mitte ein diffuser, etwa ein cm. langer Tumor zu fühlen war, und zu dessen Exstirpation ich den Nerven in seiner langen Achse spalten musste. Nebenbei fand ich einen zweiten, kleineren sessilen Tumor etwas höher hinauf, der auch

exstirpirt wurde. Seit der Operation ist Pat. vollständig geheilt. Die Schmerzen, sowohl subjectiv, als auch objectiv sind vollständig geschwunden, und die Beweglichkeit ist auch mit Ausnahme der atrophirten Muskeln ganz gut. Die microscopische Untersuchung ergab in beiden Tumoren ein von den Nervenscheiden ausgehendes Fibrom.

Discussion. Dr. Langmann: Soviel ich verstanden habe, treten die Schmerzen ganz typisch zur selben Stunde auf. Ich werde nämlich durch die Geschwulstbildung an ein Leiden erinnert, bei welchem dasselbe stattfindet. Es giebt einfache Neuralgien, die nicht von Malaria abhängen und ebenfalls einen typischen Verlauf nehmen können. Diese können auch durch Geschwülste bedingt sein. Ich habe einen Fall beobachtet, bei dem jeden Morgen um 11 Uhr Schmerzen von furchtbarer Heftigkeit auftraten, und man konnte annehmen, dass Malaria zu Grunde läge. Allmählig entwickelte sich eine Geschwulst, die nach und nach das rechte Ellenbogengelenk umwucherte. Es wurde nicht operirt. Die Geschwulst vereiterte später und entleerte sich zum Theil; die Schmerzen verloren sich, wenn sie auch nie ganz vergingen. — Dr. A. Jacobi: Wie erklärt sich Dr. Langmann die Periodicität? — Dr. Langmann: Ich glaube, dafür giebt es keine Erklärung. — Dr. A. Jacobi: Ich möchte auf ähnliche Erscheinungen aufmerksam machen. Epileptische Anfälle werden auch gelegentlich ausgelöst. Das lässt sich vielleicht erklären durch functionelle Erschöpfung des betr. Nervengebietes oder durch Schwankungen im Blutkreislaufe. Wenn nun eine solche Neuralgie zur selben Stunde kommt und an Malaria erinnert, so kann man sich vorstellen, dass auch da Circulationsstörungen vorhanden sind; denn Circulationen und Temperatur sind zu keiner Tageszeit die gleichen.

Dr. Ripperger:

FALL VON LUETISCHER EXOSTOSE AN DER CLAVICULA.

Patientin wurde vor 26 Jahren in Ungarn geboren. Eltern leben noch und sind gesund. Pat. hatte mit 6 Jahren Masern und ein Jahr später eine Krankheit, von der sie glaubt, dass es Scharlach war. Sonst war sie als Kind immer gesund gewesen; sie hat nie an einem Hautausschlag gelitten. Mit 12 Jahren erkrankte sie an Chorea und konnte zeitweise nicht sprechen. Als sie 14 Jahre alt war, wurde sie wegen Chorea in das Mount Sinai Hospital aufgenommen und von dort nach einigen Wochen als gebessert entlassen. Die Chorea verlor sich dann allmählich, doch hat Pat. noch bis zum vorigen Jahre Zuckungen gehabt. Bei Aufregungszuständen hat Pat. noch jetzt choreatische Zuckungen in den Händen. Seit 3½ Jahren ungefähr verspürte Pat. Schmerzen im rechten Schlüsselbein und sie konnte den rechten Arm nicht mehr hochheben. Nachts liessen die Schmerzen etwas nach. Vor zwei Jahren bemerkte Pat. zum ersten Male, dass sich das rechte Schlüsselbein verdickte. Seit 10 Jahren ferner bemerkt Pat. den nachher zu demonstrirenden pathologischen Zustand an ihren Händen und seit dieser Zeit kann sie auch keine Faust mehr machen. Bezüglich Syphilis konnte anamnestisch absolut nichts in Erfahrung gebracht werden. Pat. hat in den letzten Jahren eine Anzahl von Aerzten betreffs ihren Zustand consultirt und alle möglichen

Curen durchgemacht, ohne dass irgend eine bestimmte Diagnose gestellt oder ihr Leiden günstig beeinflusst worden wäre. Vor ca. 14 Tagen kam sie auf meine Abtheilung im Deutschen Dispensary und klagte über Schmerzen in der rechten Schulter und Unfähigkeit, den rechten Arm hoch zu heben. Die Untersuchung ergab eine bedeutende Auftreibung und Verdickung der rechten Clavicula als Ursache der Schmerzen und Bewegungsstörung. Das Suchen nach alten luetischen Narben etc. war vollkommen erfolglos, ebenso nach Hutchinson'schen Zähnen, da Pat. ein vollständiges künstliches Gebiss trägt. Allein trotzdem glaubte ich nach dem Befunde an der Clavicula, und weil letztere Prädilectionsstelle für die syphilitische Periostitis ist, die Diagnose auf Periostitis ossificans luetica stellen zu müssen. Nun hat Pat. noch auffallende Erscheinungen an beiden Händen. Die Weichtheile derselben haben einen eigenthümlichen Turgor, sind geschwollen, die Haut darüber ist glänzend, glatt. Die beiden kleinen Finger sind abducirt, die kurzen Daumenmuskeln atropisch und zwar rechts mehr wie links, die Stellung der Hand zum Handgelenk ist abducirt. Pat. ist nicht im Stande eine Faust zu machen und, wie man sich leicht überzeugen kann, wenn man Pat. auffordert, die Hand des Untersuchers zu drücken, fehlt die Kraft in beiden Händen vollständig. Pat. hat Schmerzen in den Phalangen. Nachts mehr wie am Tage, ebenso klagt sie über Schmerzen im rechten Oberarm bis zum Ellenbogen. Wie ist nun der Process an den Händen zu erklären? Steht derselbe mit dem Process in der Clavicula in Zusammenhang, und ist als locale Späterkrankung der congenitalen Lues aufzufassen, oder haben wir es mit einer trophischen Störung centralen Ursprungs syphilitischen oder nicht syphilitischen Ursprungs zu thun? Ich für meine Person bin geneigt, den Zustand für die ziemlich seltene Dactylitis syphilitica zu halten, die in einer diffusen, gummösen Anschwellung des Unterhautbindegewebes besteht, welche allmählich auf das Periost und den Bandaparat der Gelenke übergeht. Anfangs besteht Steifigkeit und Bewegungshinderung, während später, wenn nach langem Bestande die gummöse Wucherung einen Druck auf den Knorpel ausübt, welcher durch Usur schwindet, starke Beweglichkeit in den Fingern eintritt. Andere Krankheitsbilder centralen Ursprungs, wie progressive spinale Muskelatrophie, myopathische Muskelatrophie. Syringomyelie, an die man vielleicht denken könnte, passen auf den vorliegenden Process in keiner Weise, aus Gründen, deren Anführung hier zu weit führen würde.

Discussion. Dr. Klotz: Die Exostose an der Clavicula legt den Gedanken an Syphilis sehr nahe. Wie die Erscheinungen an den Händen zu erklären sind, möchte ich nicht mit Bestimmtheit sagen. Aber ich möchte an die Möglichkeit einer Arteriitis syphilitica denken. Ich habe im Ganzen 4 Fälle davon gesehen. Dieser Fall hier bietet einige Erscheinungen, wie sie bei der Arteritis syphilitica vorkommen, so die Empfindlichkeit gegen Druck, das livide Aussehen und das Kältegefühl in den Fingerspitzen. Ich habe vor 10 Jahren einen derartigen Fall veröffentlicht und seitdem noch ein paar Fälle beobachtet. Die Exostose besteht seit einigen Jahren und ist daher therapeutisch nicht mehr viel zu erwarten. — Dr. Rudisch: Ich möchte fragen, ob es nicht möglich ist, die Veränderungen an den Händen mit der alten Chorea in Ver-

bindung zu bringen. Die Möglichkeit ist zu berücksichtigen. — Dr. A. Jacobi: Im Allgemeinen habe ich auch an die Möglichkeit gedacht, von der Dr. Rudisch sprach. Ich halte den Fall für syphilitisch. Es kommt mir auch vor, als ob Pat. anfinge, eine Sattelnase zu bekommen und ich glaube, dass ein syphilitischer Process vielleicht am Vomer oder noch weiter hinauf in der Ausbildung begriffen ist. Die Hände sehen aus wie bei Glossy skin. Die Haut ist etwas atrophisch. Ich dachte an die Pyramidenbahnen; von da aus sind die symmetrischen Veränderungen an den Händen anfangend und allmählich weiter hinaufkriechend sehr gewöhnlich. Die Atrophien der Haut werden ja am Besten auf die Vorderhörner bezogen. Ob es sich nun hier um eine Nervenveränderung handelt, direct oder auf Grundlage einer syphilitischen Endarteritis lasse ich dahingestellt bleiben. — Dr. Ripperger: Ich möchte noch hinzufügen, dass ich der Pat., da ich gleichfalls von vorneherein die Erscheinungen für syphilitischer Natur hielt, Jodkali verordnet hatte und dass sich seitdem eine Besserung in dem Befinden der Pat. bemerkbar gemacht hat. Die Schmerzen haben abgenommen und die Beweglichkit in dem rechten Arme und in den Fingern hat sich etwas gebessert. — Dr. Klotz: Ich meinte nicht eine centrale, sondern eine periphere Endarteriitis.

7) Dr. A. Jacobi:

FALL VON SYMMETRISCHER GESCHWULSTBILDUNG, ERYTHROMELALGIE.

Pat. hatte vor 2½ Jahren Anschwellungen am linken Knöchel bekommen und wurde damals die Diagnose auf Hautsarcom gestellt. Er leidet jetzt an sehr heftigen Schmerzen in den Füssen, besonders wenn er dieselben herunterhängen lässt. Die 2., 3. und 4. Zehen sind nicht so schmerzhaft wie die kleinen und grossen Zehen. Erstere sind auch blässer. Der Schmerz ist sehr heftig und geht den Tibialnerv hinauf bis zum Knie. Es sind nun noch einige Nebenerscheinungen da, die von grossem Interesse sind für den ganzen Zustand. Die Femoralarterien sind sehr hart, das Myocard scheint schwach zu sein, möglicherweise durch anatomische Veränderungen. Die Herztöne sind nicht sehr deutlich. Die Erythromelalgie wurde im Jahre 1872 zum ersten Male von Weir Mitchell beschrieben und dann wieder im Jahre 1878. Die Natur der Krankheit ist bis jetzt noch nicht aufgeklärt. Es handelt sich gewiss um Störungen in den peripheren Nerven. Da hier die Femoralarterie hochgradig ateriosclerotisch ist, so ist es nicht unmöglich, dass es sich um Ernährungsstörungen der peripheren Nerven handelt. Weir-Mitchell hat vor einigen Jahren Stücke aus dem Nerven herausschneiden lassen. Der Erfolg war ein ungünstiger, wahrscheinlich, weil es sich um sclerotische Entartung der Nachbararterie handelte. Es sind aber auch ein paar Fälle bekannt, in denen das Herausschneiden von Nervenstücken guten Erfolg gehabt hat.

Discussion. Dr. Rudisch: Ich habe einen anderen Fall von Erythromelalgie vor kurzer Zeit flüchtig gesehen. In diesem Falle war die Hand befallen; es waren die Knochen derselben hypertrophisch, es handelte sich also um Riesenwuchs. Die rechte Hand war etwa 1½ mal

so gross wie die linke, dabei blau aussehend und schmerzhaft. Es war keine Arteriosclerose vorhanden, und das lässt vielleicht an eine andere Erklärung denken, als an die von Dr. A. Jacobi gegebene. — Dr. Langmann: Ich habe mich nicht überzeugen können, dass es sich hier in diesem Falle um Arteriosclerose der Femoralarterie handelt; es sind verschiedene Drüsen zu fühlen, die die Diagnose unsicher machen, Weiter nach unten scheint die Arterie sogar ziemlich weich zu sein. Ausserdem sind die Arterien an den oberen Extremitäten nicht arteriosclerotisch. — Dr. Moschcowitz: Die Fälle, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, schienen mir nicht sowohl durch Neuritis als durch Angiospasmus erklärt werden zu können. Man kann sich dies so vorstellen, dass durch einen centralen Reiz die contractile mittlere Muskelschicht der Gefässe in eine Art Spasmus versetzt wird, der die Circulation derartig stört, dass das beschriebene Krankheitsbild und zwar mit Vorliebe an den Zehen zu Stande kommt. — Dr. Langmann: Ich möchte Dr. A. Jacobi an einen Fall erinnern, den er ebenfalls gesehen hat. Es handelte sich um eine junge Dame, die an einer heftigen Erythromelalgie des Knies litt mit starker Contractur. Es war in diesem Falle jedenfalls keine Sclerose vorhanden gewesen, und es wurden damals schon auf die Theorie hin, dass die Veränderungen von Seiten des Gefässapparates hervorgerufen würden, von einem bekannten Chirurgen die Gefässe unterbunden, aber auch ohne Erfolg. — Dr. A. Jacobi: Dr. Moschcowitz verwechselt die Raynaud'sche Krankheit, die auf Ischämie und Spasmus beruht, mit der Erythromelalgie. — Dr. Einhorn: Ich habe vor einigen Monaten hier einen Fall von Erythromelalgie gesehen. Es war Röthe und Schmerzhaftigkeit an den Händen und Füssen vorhanden und zwar bei einem Patienten, der gleichzeitig auch an Kopfschmerzen und Erbrechen litt und schon seit Jahren krank war. Pat. hatte auch Eiweiss im Urin. Vor einigen Jahren stellte ich hier einen Pat. vor, bei dem das Krankheitsbild ein etwas anderes war; der Zustand war ein mehr acuter. Pat. pflegte periodisch einen Anfall von Fieber zu bekommen und zugleich einen scharlachrothen Ausschlag am ganzen Körper, hauptsächlich aber an den Extremitäten, verbunden mit sehr heftigen Schmerzen. Dieser Zustand hielt einige Tage an, dann verschwand allmählig die Röthe wieder mehr oder minder, blieb jedoch an den Extremitäten am längsten. Nach einigen Wochen begann sich dann die Haut an den Extremitten handschuhfingerförmig abzuschälen. Pat. hatte auch ein leichteres Geräusch am Herzen. Nun sind ähnliche Fälle unter dem Namen Erythema exfoliativum beschrieben worden. — Dr. A. Jacobi: Die Fälle von Dr. Einhorn gehören direct in das Gebiet der Angioneurosen und haben doch mit Erythromelalgie nichts zu thun.

VORZEIGEN VON PRÆPARATEN.

Dr. Denig: Microscopische Demonstration von Demodex folliculocum. Rählmann hat das Verdienst, auf den im Jahre 1890 auch in den Wimperhaaren der Augenlider nachgewiesenen Demodex folliculorum von Neuem aufmerksam gemacht zu haben. R. wies ihn als Erreger von Bindehautcatarrhen nach und fand ihn auch in einer Reihe von Trachomfällen. Dr. Denig beobachtete zwei Fälle, die ge-

eignet sein dürften, auf die mannigfache Natur von asthenopischen Beschwerden ein bemerkenswerthes Licht zu werfen. Die Patienten, die den wohlhabenden Klassen angehörten, klagten seit einigen Monaten über asthenopische Beschwerden, für die ein objectiver Grund nicht zu eruiren war. Eine Hyperämie der Lider oder der Bindehaut war kaum ausgesprochen, jedenfalls wurde nicht über Secretion oder Verklebstein geklagt. Der Nachweis von Demodexexemplaren gelang in beiden Fällen, nach deren Beseitigung (durch Perubalsam) die asthenopischen Beschwerden völlig verschwanden. Lebhaftere oder geringere entzündliche Erscheinungen von Seiten der Lider oder der Bindehaut hängen wohl von dem Grade der Parasiteninvasion ab.

Dr. J. A. Schmitt:

FALL EINER OVARIALCYSTE.

Ich erlaube mir Ihnen eine multiloculäre Ovariencyste, die ich einer jungen Frau vor einigen Wochen im St. Francis Hospital entfernte, zu demonstriren. Umfangreiche Ovariencysten werden heutzutage seltener beobachtet, da sie meistens schon im Entstehen entdeckt und entfernt werden. Doch ist dies nicht der Grund, warum ich dies Präparat Ihnen vorzeige. Gelegentlich passirt es dem Gynäkologen, dass er eine Ovariencyste vor sich zu haben glaubt und bei der Laparotomie durch eine Nierencyste überrascht wird. In diesem Falle hätte leicht der umgekehrte Irrthum begangen werden können. An der den ganzen Leib ausfüllenden Cyste sass nämlich oben links eine quer verlaufende, etwa 8 Zoll lange und 4 Zoll breite Masse auf, die sich unter dem linken Rippenbogen verlor und den Eindruck einer soliden Geschwulst machte. Ich habe sie an dem Präparate erhalten, und Sie können sich leicht überzeugen, dass es sich um eine kleine Cyste mit dicker Wandung, die dem oberen Pole der grossen Cyste aufsitzt, handelt. Vor der Operation wurde jedoch der Ursprung der Geschwulst durch den Nachweis eines den Uterus mit dem unteren Cystenabschnitt verbindenden Stieles, sowie des fehlenden linken Eierstocks ausser Frage gestellt.

Discussion. Dr. Foerster: In einem meiner Fälle handelte es sich um eine Frau, die längere Zeit im Hospital lag wegen Blasenbeschwerden. Sie konnte den Urin nicht lassen und musste regelmässig katheterisirt werden. Es war eine Geschwulst vorhanden, die sehr schnell zunahm, in einer Woche um das Dreifache. Es handelte sich um eine Cyste, die bis unter den Rippenbogen reichte. Ich dachte, es handle sich um eine entzündete Cyste, in welcher vielleicht nach Stieldrehung eine stärkere Blutung stattgefunden habe. Bei der Operation fand sich, dass es sich nicht um eine Ovarialcyste, sondern um Pyonephrose handelte. Ich erwähne den Fall, weil Dr. Schmitt von der Möglichkeit der Verwechslung in der Diagnose sprach.

Dr. Moschcowitz:

APPENDIX MIT VOLLSTÆNDIGER VERLOETHUNG DES LUMENS.

Appendices, welche entweder in einem acuten Anfalle oder im Intervalle exstirpirt werden, sind so alltäglich, dass ich mich beinahe schue,

Ihnen dieses Präparat zu zeigen. Es zeigt aber meiner Ansicht nach so seltene pathologische Veränderungen, dass Sie mir gestatten werden, Ihre Zeit auf einige Minuten in Anspruch zu nehmen. Zwei Anfälle von Appendicitis sind der Operation vorausgegangen. Beide waren verhältnissmässig leicht. Nach dem zweiten Anfalle rieth ich eine Operation an, und führte sie aus mit stumpfer Spaltung der Muskeln. Bei der Operation fand ich den Appendix etwa ½ cm. von seinem Ansatze ans Coecum auf eine Länge von etwa 1½ cm. bis auf einen bindfadendünnen Strang verödet, so dass ich das Appendixlumen nicht nach gewohnter Weise mit einem spitzen Paquelin-Brenner desinficiren konnte; denn in diesem Strange war auch nicht die geringste Spur eines Lumens vorhanden. Eine genauere microscopische Untersuchung ergab an dieser Stelle einen vollständigen Schwund von Mucosa und Muscularis. Zu finden war nur Serosa und etwas Bindegewebe.

Dr. Heiman demonstrirt microscopische Präparate von Malariaplasmodien.

A. Ripperger, Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Eine Mischung von Eucain und Cocain, welche die Nachtheile beider Mittel ausgleicht, ohne deren Vortheile zu zerstören, empfiehlt Legrand (Progres médical No. 16, 1899):

Gelatine	250
Natr. chlorat.	0,7
Acid. carbol. crud.	0,1
Eucain. muriat.	0,7
Cocain. muriat.	0,3
Aqu. dest. ad	100,0

Diese Lösung wirkt genügend anästhesirend für jede Art von Operation und man kann nach vorheriger Sterilisirung kleine Quantitäten derselben in versiegelten Tuben beliebig lange aufbewahren. Die Anwesenheit der Gelatine hat verschiedene Vortheile: Bei der geringsten Beimischung von Unreinheiten (Infectionskeimen) wird die Lösung trübe, ferner bewirkt sie eine ganz localisirte Anästhesie (sie reducirt die Resorption auf ein Minimum) und schliesslich fügen sich ihre hämostatischen Eigenschaften noch in rascher und anhaltender Weise hinzu. Bei gewöhnlicher Temperatur ist die Mischung gelatinös und wird bei 20—22 flüssig, wie es zum Gebrauch nöthig ist. Einer der Hauptnachtheile des Eucains, sehr stark gefässerweiternd zu wirken, während es entschieden weniger toxisch ist, wie das Cocain, wird durch diese Art von Medication ebenfalls beseitigt. (Münch. med. W. 1899, No. 21.)

— Jodarsen bei Scrophulose. In einer neuen Arbeit empfiehlt Philippe (Revue de Therap. Dec. 1898) die Anwendung des Jodarsens bei lymphatischen und scrophulösen Kindern. Während die sonst üblichen Jodpräparate entweder unzuverlässig sind, wie das Jodeisen, oder wie die Jodtinctur und das Jodkali mehr eine Reizwirkung äussern, ist das Jodarsen das Medicament, in welchem der Einfluss des Jods am

besten und ohne Nebenerscheinungen zur Geltung kommt. Je nach dem Alter werden 1—10 Tropfen einer 1-proc. Lösung des auf kaltem Wege dargestellten arsenigsauren Jods in Wasser oder Milch vor- oder während der Mahlzeit 1—2 mal des Tages gegeben und ist nur eine langsame Steigerung der Dosis angezeigt. Bei zu starken Dosen tritt Diarrhoe, Anorexie, Aufregung und Schlaflosigkeit ein. Nach Erreichung der Maximaldosis wird wieder allmählig zurückgegangen und der Turnus alsdann je nach Bedarf wiederholt. (Ibidem.)

— Behandlung der wunden Brustwarzen mit Orthoform. Die bisherigen Behandlungsmethoden der wunden Brustwarzen sind sämmtlich mangelhaft; Alcohol ist schmerzhaftl., Cocain beseitigt wohl die Schmerzen, soll aber den Nachtheil haben, die Milchsecretion zu beeinträchtigen. Maygrier und Blondel haben in 40 derartigen Fällen Orthoform angewendet und in jedem Falle eine Linderung der Beschwerden beobachtet. Sie verfuhren entweder so, dass sie das trockne Pulver aufstreuten und mit trockener Gaze bedeckten oder über das trockne Pulver mit Borsäure angefeuchtete Gaze legten oder schliesslich eine gesätigte alcoholische Orthformlösung aufpinselten. Im ersten Falle wurde das Pulver dick auf die Schrunden gestreut, bis diese vollständig bedeckt war und mit einer von Guttapercha bedeckten sterilisirten oder Borcompresse fixirt. Zur Zeit des Stillens wurde der Verband entfernt, die Warze mit einer sterilen Compresse abgewischt, worauf das Stillen ohne Schmerz vorgenommen werden konnte. Nach dem Stillen erneute Reinigung und Verband. Nach der Pulverapplication tritt leichtes Brennen für wenige Minuten auf, worauf vollständige Analgesie der Brustwarzen im Ruhezustand eintritt. Bei der Tinctur ist die Analgesie eine fast momentane. Am ersten Tage der Pulveranwendung waren die Schmerzen beim Stillen, obschon bedeutend gelindert, doch noch vorhanden, hie und da dauerten sie noch am zweiten Tage fort. Vom folgenden Tage ab konnten die Mütter ohne Beschwerden weiter nähren. Es ist gut, die Orthoformapplication 1—2 Stunden vor dem Stillen vorzunehmen. Nach dem Stillen dauert die Analgesie gewöhnlich noch 5—6 Stunden fort. Orthoform scheint ausserdem günstig auf den Heilungsvorgang der wunden Brüste zu wirken. Die Schrunden heilten auffallend schnell. Die antiseptische Wirkung des Mittels ist dagegen eine schwache. In 3 Fällen wurde eine leichte Lymphangoitis der Brustdrüse notirt, die allerdings unter feuchten antiseptischen Verbänden bald wich. Die Autoren betrachten das Orthoform als ein werthvolles Mittel bei der Behandlung der wunden Brüsten, welche durchgeführt werden kann, ohne dass man genöthigt sei, das Stillen auszusetzen. (Gaz. médicale de Strasbourg 1899, No. 4. Ref. in Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte 1899, No. 11.)

— Radfahren bei Herzinsuffienz. Prof. Kisch untersuchte mit Hülfe des Sphygmographen den Einfluss des Radfahrsportes bei fettleibigen Individuen, um daraus ein Urtheil zu gewinnen über die Zweckmässigkeit des Radfahrens als Bestandtheil einer Entfettungscur. Dabei stellte es sich heraus, dass das Herz je nach den Individuen verschieden reagirt. In einer ersten Gruppe ist die Reaction eine normale: die Pulsfrequenz steigt, die einzelnen Pulse werden grösser

und dicrot, nach einiger Zeit erlangt aber die Pulscurve ihre normale Spannung wieder. In einer anderen Gruppe trifft man nach dem Radfahren wiederum starke Beschleunigung, die Curve ist aber nicht dicrot, sondern im Gegentheil stark gespannt und die Beschleunigung hielt längere Zeit nach geleisteter Arbeit an. Kisch führt diese Erscheinung auf eine mangelhafte Reaction der Gefässwand, auf Arteriosclerose zurück. Der Blutdruck bleibt hoch, weil die Arterienwandungen nicht mehr genügend Elasticität besitzen. In einer dritten Gruppe sind die nach Arbeit gewonnenen sphygmographischen Bilder die eines Pulsus frequens, parvus, dicrotus; es besteht starke Vermehrung der Frequenz, dabei sind die Pulse kleiner bis zur Abcissenlinie. Nach dem Fahren sind die Pat. dyspnoisch. Diese Erscheinungen fasst Kisch als Zeichen der Herzschwäche auf. Gestützt auf dieese Erfahrungen, beurtheilt Kisch den Werth des Radfahrens in folgender Weise: 1. Personen mit Mastfettherzen mässigen Grades mit im Ganzen gutem Eiweissbestande des Körpers, und bei genügendem Grade von Leistungsfähigkeit des Herzmuskels, namentlich jugendlichen Individuen, sowie solchen Fettleibigen, welche an Wohlleben und eine ruhige, beschauliche Lebensweise gewohnt sind — ist das Radfahren als eine Art Bewegungstherapie zur Uebung der Gesammtmuskulatur und zur systematischen Gewöhnung des Herzmuskels an eine grössere Arbeitsleistung von Nutzen. In solchen Fällen kann das Radfahren auch mit einer geeigneten Brunnen- und Badecur als Entfettungsmittel angewendet werden, doch ist hierzu nothwendig, dass eine genaue ärztliche Controlle die Uebertreibung der maassvollen Gymnastik zu einem Sporte verhindere. Ferner darf das Radfahren nie unmittelbar nach dem Trinken der Mineralwässer oder nach dem Bade, ebenso wenig wie gleich nach der Mahlzeit stattfinden, sondern 1 bis 2 Stunden später; die Fahrgeschwindigkeit soll dann nicht mehr als etwa 8 Kilometer in der Stunde und im Ganzen 20 bis 30 Kilometer im Tage betragen und nicht mehr als eine Steigung von 3 Procent überwinden. 2. Bei der anämischen Form der Fettleibigkeit, ferner wenn mit dem Mastherzen Arteriosclerose vergesellschaftet ist, endlich wenn in der Familie des Fettleibigen eine erhebliche Belastung mit Neigung zu Hirnhämorrhagie vorhanden — ist von einer Verbindung des Radfahrens mit der Durchführung einer angreifenden Brunnen- und Badecur abzusehen. 3. Absolut zu verbieten ist das Radfahren im vorgerückten Stadium des Mastfettherzens mit Myodegeneration und Dilatation der einzelnen Herzhöhlen, wenn Herzinsufficienz sich bereits auf dem ganzen Gefässgebiet geltend macht und die Symptome von Niereninsufficienz zu Tage treten. (Zeitschr. für diät. u. physic. Therap. II. 4, ref. in Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte 1899, No. 12.)

Kleine Mittheilungen.

— Die American Electro-Therapeutic Association wird am 19., 20. und 21. September dieses Jahres ihre 9. Jahresversammlung zu Washington, D. C., abhalten. Eine reichhaltige Ausstellung electro-therapeutischer Apparate wird damit verbunden sein.

— In nächster Zeit soll sich von Liverpool aus eine wissenschaft-

liche Expedition nach Ostafrika begeben zu dem Zwecke, um an den ungesundesten Orten Malaria- und Tropenkrankheiten einem genauen Studium zu unterziehen. Die Expedition wird von der von Chamberlain gegründeten Schule für tropische Krankheiten ausgerüstet und beginnt ihre Untersuchungen im gefürchteten Monat August. An der Spitze der Expedition steht Dr. Ross. (Allgem. Wiener med. Zeitung 1899, No. 27.)

— Kindersterblichkeit in Ungarn. Prof. Taufler in Budapest veröffentlichte vor Kurzem eine interessante und beachtungswerthe Arbeit über die Mortalität der Säuglinge in Ungarn im Jahre 1897. Nach dem statistischen Ausweise starben in dem genannten Jahre von 650.133 Säuglingen 155.342, also genau der vierte Theil. Diese enorme Sterblichkeit wirft auf die Sanitätszustände Ungarns ein grelles Licht. (Ibidem.)

— Im ostsibirischen Bezirke Aksch a, an der chinesischen Grenze, soll, von Dr. Favre in Charkow mitgetheilt, seit Jahren eine Krankheit endemisch sein, deren klinischer Verlauf vollkommen identisch mit jenen der Pest sein soll, sich aber von dieser nur dadurch unterscheidet, dass sie noch nie epidemisch, sondern nur immer in kleinen Herden als Hausepidemie aufgetreten ist. Die Infection soll von einer in der dortigen Gegend vorkommenden Murmelthierart, dem Sarbagan (Aretomys Bobae) ausgehen. Bis jetzt ist dieese Sarbaganpest noch nicht wissenschaftlich erforscht, was aber um so angezeigter wäre, als jene Districte durch die Eröffnung der sibirischen Eisenbahn dem Weltverkehr näher gerückt werden. (Ibidem.)

— Bei Gelegenheit der im nächsten Jahre zu Paris stattfindenden Weltausstellung soll ein internationaler Congress der Aerzte stattfinden, der sich mit ärztlichen Standesfragen befassen wird. Für die Berathungen sind folgende vier Abtheilungen in Aussicht genommen: 1. Das Verhältniss des Arztes zur Gesammtheit (Staat, Gemeinden etc.). 2. Zu den einzelnen Personen (Patienten, Apothekern, niederem Heilpersonal, Kurpfuschern). 3. Zu den Collegen. 4. Gemeinsame Interessen (Unterstützungswesen etc.). Der Congress wird kurz vor oder nach dem um dieselbe Zeit in Paris zusammentretenden internationalen Congress für wissenschaftliche Medicin tagen. Vorträge sind bis zum 1. Januar 1900 dem Organisationscommittee zur Kenntniss zu bringen, dessen Generalsecretär Herr Dr. Jules Glover, Rue de Faubourg-Poissonière 37, Paris, ist. Der Mitgliedsbeitrag ist auf 15 Frcs. festgesetzt. (Münch. Med. Wochenschr. 1899, No. 27.)

— Verzogen: Dr. Hermann F. Kudlich nach 153 W. 21. Str.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an . Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

Dr. A. RIPPERGER,
126 E. 122. St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XI. New York, August 1899. No. 8

ORIGINALARBEITEN.

Fortschritte in der chirurgischen Behandlung der Ohreneiterungen.*

Von

Dr. Ch. Richard Jordan.

Die Ohrenheilkunde als wissenschaftliche Specialität ist erst einige 30 Jahre alt und hat sich nur langsam im steten Kampf gegen die Geringschätzung der Aerztewelt und gegen die Charlatanerie ihrer eigenen Vertreter ihre heutige Stellung erobert. Ihre Gleichwertigkeit mit den älteren und zum Theil erfolgreicheren Specialfächern der Medicin ist heute noch nicht unbestritten, gewiss nicht hier in Amerika, wo sich unsere Specialität erst langsam aus den Banden der heterogenen Ophthalmologie zu emancipiren beginnt.

Erst im Laufe der letzten 10 Jahre hat mit der Erkenntniss von der fatalen Bedeutung der Ohreneiterungen und mit der überaus erfolgreichen Ausbildung neuer otochirurgischer Methoden ein völliger Umschwung stattgefunden. Der enorme Fortschritt des letzten Jahrzehntes ist nahezu ausschliesslich der Anregung deutscher Chirurgen und dem Fleisse deutscher Ohrenärzte zu verdanken. Wie in den 60er Jahren der Anstoss zu einer wissenschaftlichen Reform der Ohrenheilkunde im Wesentlichen von Deutschland ausging, so hat auch der neue chirurgische Aufschwung der Otiatrie seinen Nährboden in deutschen Ohrenkliniken, deren Lehren jetzt in der ganzen Welt eifrig studirt, deren Methoden überall mit einer gewissen Begeisterung nachgeahmt werden.

* Vortrag, gehalten in der Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York am 5. Juni 1899.

Meine Herren, lassen Sie mich Ihnen ganz kurz und anspruchslos über den neuen Zuwachs zu unserem Wissen und Können berichten, insoweit ich das allgemeine ärztliche Interesse dafür in Anspruch nehmen darf.

Die Behandlung der acuten Mittelohreiterung und der acuten Mastoiditis ist schon mehrfach Gegenstand der Besprechung in dieser Versammlung gewesen. Ich kann deshalb darauf verzichten, auf sie näher einzugehen, umsomehr, als die letzten 20 Jahre nichts wesentlich Neues zu den von Schwartze aufgestellten Lehren über die Parasentese des Trommelfells und die sog. typische Aufmeisselung des Warzenfortsatzes hinzugefügt haben. Ganz allgemein hat sich jetzt die Ueberzeugung Bahn gebrochen, dass man die frühzeitige Paracentese als einen meist segensreichen, niemals schädlichen Eingriff üben, dass man sich jedoch frühzeitiger Warzenfortsatzoperationen enthalten soll. Hier in New York, in amerikanischen Aerztekreisen ist mir verschiedentlich aufgefallen, dass man mit der Paracentese zaghafter, mit der typischen Aufmeisselung dagegen schneller bei der Hand ist, als es an deutschen Kliniken für erlaubt gilt. Eine Zeit lang hat man auch in Deutschland geglaubt, durch frühzeitige Aufmeisselung die acute Eiterung abkürzen und Ohren-Complicationen vorbeugen zu können. Die technische Einfachheit des schnell populär gewordenen Eingriffs mag diese Uebertreibungen mitverschuldet haben, von denen man jetzt allgemein wieder zu den strengeren und mehr conservativen Grundsätzen Schwartze's zurückgekehrt ist. Wir wissen, dass fast jede acute Paukeneiterung mit Schwellungszuständen im Antrum und Warzenfortsatz complicirt ist, in ähnlicher Weise wie wir bei acutem Schnupfen häufig schon mittels Durchleuchtung eine Betheiligung der Siebbein-, Stirn- und Kieferhöhlen nachweisen können. Aber noch Niemand hat im letzteren Falle eine Aufmeisselung für indicirt gehalten. Mastoidentzündungen, selbst solche, die mit Fieber einsetzen und sich durch erhebliches Oedem und Druckschmerz über dem Planum bemerkbar machen, sind häufig nur ephemerer Natur und können unter geeigneter Behandlung von selbst zurückgehen. Die Aufmeisselung sollte nur für die wirklichen Empyeme reservirt bleiben, deren Diagnose nur in seltenen Fällen auf Schwierigkeiten stösst, wenn sie auch wirklich eine mehrtägige Beobachtung nöthig macht. In den ausgesprochenen Fällen ist die Diagnose und häufig die operative Technik, beson-

ders bei Kindern, so einfach, dass ihre erfolgreiche Behandlung noch in die Sphäre des pract. Arztes hineinfällt. In anderen Fällen freilich ist das Auffinden des Antrum schwierig und die Operation bei mangelhafter Technik nicht ungefährlich. Wesentlich neue Gesichtspunkte sind aber, wie gesagt, in der Therapie der acuten Otitis und Mastoiditis nicht zu erörtern.

Ganz anders steht es mit der Otitis media purulenta chronica, mit deren erfolgreicher Behandlung die moderne Otiatrie ihre grössten Triumphe feiert.

Die chronische Ohreiterung ist eine so vielgestaltige Krankheit, ihre einzelnen Typen sind von so ungleicher Dignität für Gesundheit und Leben ihres Trägers, dass zunächst eine nähere Bestimmung dieses viel zu allgemeinen Begriffes unumgänglich ist. Wir haben uns deshalb gewöhnt, zunächst scharf zwischen Pauken-, Tuben- und Warzeneiterungen zu unterscheiden, drei theoretisch schwer zu trennende Formen, welche sich freilich in praxi häufig genug combiniren. Wir haben ferner gelernt, für jede dieser drei Formen bestimmte Behandlungsmethoden auszubilden, Methoden, welche da einsetzen, wo wir den Ort und die Ursache für die Chronicität der Eiterung zu suchen haben. Wir behandeln demnach die einfache Paukeneiterung vom Ohr aus, die Tubeneiterung in Nase- und Nasenrachenraum, die Warzeneiterung vom Warzenfortsatz aus. Diese Sätze klingen ausserordentlich einfach und selbstverständlich; und doch hat es jahrelanger pathologischer und chirurgischer Arbeit bedurft, bis sie Aufnahme in die Praxis und consequente Durchführung gefunden haben.

Die Therapie der Paukeneiterung umfasst die alte, früher für alle chronische Ohreiterungen alleingiltige, sog. conservative Methode der Behandlung, bestehend in Ausspritzungen und Durchspülungen, Anwendung von Adstringentien und Causticis, im Curettiren von Granulationen, Abtragen von Polypen und im höchsten Fall in der Extraction der Gehörknöchelchen. Die Tubeneiterung, d. h. die Ohreiterung, welche von entzündlichen und Stauungszuständen in der Tube unterhalten wird, verlangt ebenso wie das Heer der Ohrcatarrhe rhinologische Behandlung; die Erfolge der letzteren sind relativ neuen Datums; sie sind aus der Erkenntniss von dem innigen Zusammenhang zwischen gewissen Klassen von Nasen- und Ohrenkrankheiten hervorgegangen und beruhen auf neuen und verbesserten Methoden der Behandlung chronischer Hy-

pertrophien und Lymphstauungen in Nase- und Nasenrachenraum. Ihre Besprechung würde hier zu weit führen und bleibt besser einer gesonderten Betrachtung vorbehalten. Ich möchte nur nebenbei bemerken, dass die angedeuteten innigen Beziehungen in der Pathologie von Nase und Ohr eine Vereinigung von Ohr-, Nasen- und Rachenkrankheiten in einer Specialität gebieterisch verlangen.

Bei weitem die wichtigste Klasse ist die der Warzenfortsatzeiterungen, deren Herd jenseits der Paukenhöhle im Antrum mastoideum oder distal davon im Warzenfortsatz selbst gelegen ist; es handelt sich hier in der Regel um schleichende, destructive Processe, welche sich der Dura und dem Labyrinth langsam nähern und in diesem steten Fortschreiten zu letalen Complicationen Veranlassung geben. Man hat berechnet, dass 2—2½% aller Ohreiterungen zu letalen Ausgängen führen; auf die chron. Eiterungen allein würde ein noch wesentlich höherer Procentsatz kommen. Die bedenklichen Warzenfortsatzeiterungen diagnostisch zu erkennen, ist das wesentliche Object neuer otologischer Schulung, ihre chirurgische Heilung das nunmehr erreichte Ziel gut ausgebildeter, moderner Methoden. Diagnostik und Therapie haben sich hier gegenseitig und wirksam gefördert. An dem immer reicher werdenden operativen Material haben wir die pathologischen und anatomischen Verhältnisse studiren gelernt, und die Erkenntniss der Pathologie durch die Section am Lebenden und am Cadaver hat uns das Feld, die Ausdehnung und die Grenzen unserer operativen Technik vorgezeichnet.

Was zunächst die Diagnose der Warzenfortsatzeiterungen betrifft, so stellen wir sie in der grossen Mehrzahl der Fälle aus otoscopischen Merkmalen, für die wir unser Auge besonders zu schärfen haben. Subjective Symptome fehlen häufig genug und sprechen, wenn sie vorhanden sind, wie Kopfschmerzen, bereits für Drucksteigerung des Eiters im Mittelohrraume oder sie weisen, wenn sie intensiv sind, über den Warzenfortsatz hinaus auf labyrinthäre und intracranielle Complicationen. Die Warzenfortsatzeiterung an sich verläuft schmerzlos, und was practisch noch wichtiger ist — fieberlos. Abgesehen von dem Initialfieber bei Einsetzen virulenter acuter Empyeme machen selbst ausgedehnte und unter Druck stehende Empyeme keine oder nur ganz unerhebliche Temperatursteigerungen bei Erwachsenen.

Das Bestehen von erheblichem otitischem Fieber bei chron.

Ohreiterungen oder bei acuten Otitiden n a c h Ablauf des acuten Stadiums weist deshalb immer über den Warzenfortsatz hinaus und ist ein Symptom von graver Bedeutung. Wir werden darauf später noch einmal zurückzukommen haben. Das in acuten Fällen so auffällige Symptom der Schwellung und Druckempfindlichkeit über dem Planum mastoid. ist in chronischen Fällen so selten und veränderlich, dass man sich zur Stellung einer frühzeitigen Diagnose davon unabhängig machen muss. Die Seltenheit des Symptoms erklärt sich daraus, dass die Corticalis des Warzenfortsatzes sehr häufig sclerosirt ist und ferner daraus, dass es sich in der Regel nicht um Retention von Eiter, sondern um Granulationsbildung und Einschmelzung des Knochens handelt. Ist das Symptom der Schwellung und des Druckschmerzes jedoch vorhanden, so ist es ein sicherer Beweis — wohlverstanden in chronischen Fällen — für eine Eiterung im Warzenfortsatz, mindestens im Antrum mast. Ausser diesem seltenen Symptom jedoch giebt es eine ganze Reihe untrüglicher Merkmale für die Antrumeiterung, deren Beurtheilung keine Schwierigkeit macht, wenn sie auch specialistische Schulung voraussetzt. Zunächst ist die Quantität des Ohreiters von Bedeutung; eine sehr profuse chronische Eiterung lässt immer auf Betheiligung von N e b e n h ö h l e n der Pauke schliessen. Die Qualität des Warzenfortsatzes ist häufig characteristisch durch den Mangel an Schleim, so dass der Eiter sich milchig im Spülwasser auflöst, und ferner durch seine trotz aller Spülungen hartnäckige Foetidität, ohne dass Retention in der Pauke besteht.

Otoscopisch ist wichtig der Sitz der Perforation; fistulöse und kraterförmige Perforationen am hinteren und oberen Knochenrand des Trommelfells, ebenso die Durchbrüche am oberen Pol bei einigermassen reichlicher Eiterung sprechen für eine Erkrankung des Antrum.

Ein sehr wichtiges und sicheres Symptom ist die Anschwellung der hinteren oberen Gehörgangswand, zugleich ein dringliches, weil es eine Drucksteigerung im Warzenfortsatz anzeigt. Ueber Fisteln in der hinteren und oberen Gehörgangswand ist kein Wort zu verlieren. Mit allen diesen Einzelheiten, die nur den Specialisten interessiren, will ich Sie nicht ermüden, aber nur noch einige Worte sagen über eine wichtige Complication der chronischen Ohreiterung, die fast regelmässig auf die Nebenhöhlen übergreift, das sog. Cholesteatom, die Ansammlung von

Epidermis. Das Cholesteatom hatte eine Zeit lang auf den Congressen der Ohrenärzte eine grosse Rolle gespielt. Man konnte die sich widersprechenden Theorien nicht vereinigen — die Virchow's von der Tumorennatur, die Politzer's von der Metaplasie der Paukenschleimhaut in Plattenepithel und die Habermann's von dem Hineinwachsen von Plattenepithel in das Mittelohr durch Perforationen. Die letztere Theorie ist jetzt nahezu allgemein anerkannt. Anatomische und histologische Untersuchungen haben ergeben, dass die Epidermis des Ohrcanals durch eine meist hoch gelegene Perforation zu abnormem Dickenwachsthum und zu vermehrter Abstossung verhornter Massen gereizt wird, für die dann aus den engen Räumen des Antrum und des Warzenfortsatzes kein Ausweg vorhanden ist. Die Eiterung und das Cholesteatom unterhalten sich gegenseitig und das letztere wird desshalb besonders gefährlich, weil es den Knochen zur Druckusur bringt und das Cavum cranii freilegt. Diese bedenkliche Complication der Ohreiterung können wir manchmal otoscopisch sehen, häufiger aus seinen Zersetzungsproducten, den Epidermislamellen und Cholestearincrystallen, ferner aus dem eigenthümlichen Foetor erschliessen.

Aus diesen kurzen Andeutungen mögen Sie ersehen, meine Herren, dass das anatomische Bild der Antrumeiterungen sehr vielgestaltig ist, und dass wir häufig aus scheinbar geringfügigen Zeichen schwerwiegende Schlüsse zu ziehen haben. Die Diagnosenstellung aber ist noch keine Indicationsstellung für eine sofortige Operation. Es giebt gewiss harmlose Antrumeiterungen mit spärlicher Eiterung und gutem Abfluss, die bei conservativer Behandlung der Heilung zugänglich sind oder bei denen, wenn sie nicht zur Ausheilung kommen, man sich auf eine Ueberwachung beschränken kann. Ohne dringenden Grund wird man gewiss einen Eingriff nicht vornehmen, der an die Geduld von Arzt und Patient so grosse Anforderungen stellt. Handelt es sich jedoch um Retention und Drucksteigerung im Antrum, so ist man berechtigt und verpflichtet, baldigst chirurgisch einzugreifen ohne mit sogen. conservativen Methoden werthvolle Zeit zu verlieren und letale Complicationen zu riskiren. Denn wenn wir auch in der Behandlung der sogen. letalen Complicationen erstaunliche Fortschritte gemacht haben, so ist doch die Mortalität noch so bedenklich, dass ihre Prophylaxis vorläufig unsere vornehmste Aufgabe bleiben muss. Um die Gefahr der Drucksteigerung rechtzeitig zu erkennen, haben wir auf die warnenden Symptome

sorgfältig zu achten, von denen fast immer das eine oder andere deutlich ist. Zu diesen Symptomen rechne ich vom Ohr ausgehende einseitige, gewöhnlich des Nachts exacerbirende Kopfschmerzen, sehr profuse Eiterung, der Nachweis erheblicher Zersetzungsproducte im Antrum und Warzenfortsatz, worauf starker Foetor und zerfallener Detritus hinweisen, Nachweise von Cholesteatom, Anschwellung oder Senkung der hinteren oberen Gehörgangswand, und schliesslich alle Symptome wie intensiver Kopfschmerz, Schwindel, Fieber, Neuritis optica, die bereits auf andere Complicationen hinweisen. Alle diese Symptome indiciren einen Eingriff, den wir die Radicaloperation des Mittelohrs nennen; sie ist hier anscheinend unter dem Namen Stacke'sche Operation eingeführt worden, doch ist Stacke nicht ihr Schöpfer, sondern nur Einer von den Vielen, die zu ihrer Verbesserung beigetragen haben. Die Operation ist die Nachahmung einer Naturheilung, die in seltenen Fällen dadurch zu Stande kommt, dass die ganze knöcherne hintere und theilweise obere Gehörgangswand sequestrirt und abgestossen wird. Dadurch werden Pauke, Aditus, Antrum und Mastoidzellen in eine grosse einheitliche Höhle vereinigt, aus der sich die pathologischen Producte bequem in den Gehörgang entleeren können. Freilich ist diese Spontanheilung sehr selten und meist sehr unvollkommen. Wenn wir selbst den Eingriff vornehmen, so kommt es ganz wesentlich für den Erfolg darauf an, so radical wie möglich zu operiren, ohne wesentliche Organe, wie Nervus facialis, das gesunde Labyrinth, die Dura zu verletzen oder den Stapes zu luxiren.

Der Gang der Operation ist ganz kurz folgender: Die Ohrmuschel wird vorgeklappt und das Operationsfeld, Warzenfortsatz und knöcherner Gehörgang freigelegt; dann meisselt man mit Wegnahme der hinteren und oberen Gehörgangswand einen breiten, absolut glattwandigen Trichter in Warzenfortsatz und Felsenbein, dessen Boden von der medialen Pauken- und Antrumwand gebildet wird. Die Schwierigkeit besteht nicht nur darin, alles krankhafte Gewebe, Knochen, Schleimhaut, Granulationen, Cholesteatom zu erkennen und zu entfernen, sondern wenn nöthig durch Opferung gesunden Knochens eine durchaus übersichtliche Knochenhöhle zu schaffen, deren Wände von gesundem Knochen oder Dura gebildet sind und keinerlei Ecken und Buchten zeigen. Bei ausgedehnter Knochenerkrankung sind die gefährliche Nähe des N. facialis und der Bogengänge,

tiefgehende Fisteln und dgl. manchmal unüberwindliche Hindernisse für ein geometrisch ideales Resultat. Der zweite Schritt besteht in der Bedeckung eines Theiles der Knochenhöhle mit Epidermislappen, die aus der hinteren häutigen Gehörgangswand gebildet sind; letztere wird in irgend einer Weise einfach gespalten und werden die Lappen an die hintere Knochenwundfläche angedrückt. In dem grössten Theil der Fälle ist es drittens angezeigt, die Weichtheilwunde hinter dem Ohr durch primäre Naht zu schliessen und dafür die äussere Gehörgangsöffnung durch Spaltung und Excision so zu erweitern, dass man von ihr aus die Wundhöhle bequem übersehen und die Nachbehandlung vornehmen kann. Viertens hat man in neuerer Zeit mit grossem Erfolg schon primär die freibleibende frische Knochenfläche mit Thiersch'schen Lappen tapezirt und dadurch die Ausheilung erheblich beschleunigt.

Die Radicaloperation in dieser Form ist, wie wir sehen, ein kühner und doch delikater, immer mühsamer und zeitraubender Eingriff. Dazu kommt eine mühsame und langwierige Nachbehandlung, eine täglich sorgfältig erneute Tamponade, bis sich die ganze Höhle mit Epidermis ausgekleidet hat. Nur wenn diese Auskleidung vollkommen ist, wenn keinerlei Secretion oder Desquamation mehr stattfindet, kann man von einer wirklichen Heilung sprechen. Die Radicaloperation, wie sie sich heute darstellt, ist ein grosser Erfolg, den zu erreichen viele Mühe, viele Zeit, viele Misserfolge gekostet hat. Sie wurde 1889 von Chirurgen (v. Bergmann, Küster) angeregt und von den Otologen (Zaufal, Schwartze, Stacke, Jansen u. A.) gierig aufgenommen und ausgebildet. Sie gehört heute den Otologen und wird ihnen von den Chirurgen gerne überlassen bleiben, wesentlich deshalb, weil häufig die Indicationsstellung otologische Schulung verlangt und ferner, weil die Nachbehandlung, auf die es wesentlich ankommt, zu vielen Verdruss bereitet. Selbst v. Bergmann in Berlin, der sich besonders für die Ausbildung der Operation interessirt hat, zieht es häufig vor, seine Fälle von Jansen, dem Ohrenarzt, operiren zu lassen.

Zweifellos giebt es günstige Fälle, welche bei selbst technisch unvollkommener Aufmeisselung und wenig sorgfältiger Nachbehandlung glatt ausheilen, aber wirkliche Erfolge und hohe Procentsätze von Heilungen hat man erst verzeichnen können, seitdem man sich daran gewöhnt hat, radical zu operiren und die Uebersichtlichkeit und Glattwandigkeit der Höhle mit einer ge-

wissen pedantischen Sorgfalt zu erzwingen. Der grössere Theil der so behandelten Fälle kommt in 1—2 Monaten zur Heilung, ein kleinerer Theil erfordert längere Geduld und ein geringer Procensatz eitert nach wie vor aus vielleicht übersehenen oder versuchsweise sich selbst überlassenen labyrinthären Fisteln oder von cariösen Stellen aus, die wir mit dem Meissel nicht gut angreifen können, wie die Labyrinthwand in der Nähe des N. facialis und das Tubenostium in der Gegend der Carotis interna. Die Nichtheilung in diesen Fällen ist jedoch nicht der Methode zur Last zu legen, sondern einer schiefen Auffassung, über das, was sie leisten soll, oder einer falschen Indicationsstellung. Die Methode leistet zweifellos das, was sie soll, nämlich die bedrohlichen destructiven Processe im Antrum und Warzenfortsatz, die sich in der Gegend lebenswichtiger Theile abspielen, radical auszumerzen. Dabei ist sie weder entstellend, noch verstümmelnd; die Functionsfähigkeit wird meist erhöht, fast niemals herabgesetzt.

Der Werth unserer Operation wird aber dadurch ungeheuer erweitert, dass sie die Basis für das anatomische Studium und die chirurgische Behandlung aller otitischen Complicationen geworden ist und die obligatorische Voroperation für das kunstgerechte Aufsuchen der intracraniellen otitischen Eiterungen darstellt. Dass wir in der Erkenntniss und Behandlung dieser perniciösen Eiterungen gewaltige Fortschritte gemacht haben, möchte ich Ihnen in Kürze durch die Betrachtung der gewöhnlichsten und typischen Complicationen deutlich zu machen suchen.

Was die labyrinthischen Complicationen betrifft, so ist die häufigste der Durchbruch des Eiters oder Cholesteatoms in einen der Bogengänge, meist den horizontalen. Sie ist auch die klinisch interessanteste und verläuft unter einem typischen, leicht diagnosticirbaren Symptomencomplex, nämlich Brechneigung, subjectiver und objectiver Schwindel beim Aufrichten und Drehen nach der kranken Seite, Nystagmus, meist horizontalis, besonders beim Blicke nach dem gesunden Ohre. Diese Symptome setzen meist plötzlich ein und klingen langsam ab, der Nystagmus die groben Gleichgewichtsstörungen lange überdauernd. Der Schwindel ist ein Gradmesser für die Schwere der Erkrankung, und in schweren Fällen, bei denen es sich um starke Drucksteigerung handelt, ist die Eröffnung des Labyrinthes dringend indicirt, besonders desshalb, weil sich herausgestellt hat, dass zwischen Labyrintheiterung und der sogenannten serösen Meningitis eine besonders innige Beziehung

besteht. Das wird erklärlich aus der Communication der Lymphbahnen des Labyrinthes mit dem Arachneoidealsack. Die Symptome der serösen Meningitis Fieber, Nackenstarre, Erbrechen, Neuritis optica hat man häufig nach Eröffnung des erkrankten Labyrinthes prompt zurückgehen sehen. In einigen gut beobachteten Fällen kehrte nach Eröffnung des Labyrinthes der ganze bedrohliche Symptomencomplex nochmals wieder, als sich die Abflussöffnung aus dem Labyrinth durch Granulationen verlegte, und verschwand prompt wieder nach Wiederherstellung der Drainage. Die Wichtigkeit der Labyrintheröffnung ist in solchen Fällen eclatant und sie ist nur möglich auf Grund einer vorausgeschickten Radicaloperation. Auch für alle übrigen otitischen Eiterungen gilt der Grundsatz, dass man sie systematisch auf dem Wege aufsuchen soll, auf welchem sie in das Gehirn oder in der Sinus gelangt sind. Der Erfolg in der Behandlung dieser früher für absolut letal gehaltenen Eiterungen beruht wesentlich auf ihrer frühzeitigen Erkenntniss. Dass wir jetzt in vielen Fällen zu einer frühzeitigen Diagnose der Sinusthrombose sowohl wie des Hirnabscesses kommen können, ist hauptsächlich dem Fleisse zu verdanken, mit welchem die Ohrenärzte die Symptomatologie derselben studirt haben.

Die Lehre von der Sinusthrombose und der otitischen Pyämie hat noch in jüngster Zeit eine ganz neue Beleuchtung erfahren und ist noch lange nicht abgeschlossen. Es ist gewiss, dass die Sinusthrombose eine relativ häufige Complication der chronischen Eiterung darstellt, und dass sie bei acuter Eiterung viel häufiger ist, als man früher annahm. Man diagnosticirte früher nur die schweren Fälle aus den pyämischen Erscheinungen, Schüttelfrösten und Metastasen, und man war erst in der Lage, operativ einzugreifen, wenn der Körper mit Toxinen vollständig gesättigt war. Man überlegte nicht, dass die Sinusthrombose eine schleichende Erkrankung ist, die als unscheinbare Periphlebitis beginnt, fortschreitend dann als Endophlebitis einen wandständigen Thrombus erzeugt, welcher schliesslich das Lumen auszufüllen im Stande ist und dann sich organisirt oder eitrig zerfällt. Man sah wohl klinische Bilder von leichterem pyämischem Character, die man auf die früheren Stadien der Sinusthrombose hätte beziehen können, aber man führte sie zurück auf die cariösen Processe im Knochen selbst, Erkrankung der kleinen Knochennerven (sogen. Osteophlebitis) und directe Resorption. Man wurde zu derartigen Deutungen geführt durch den negativen

Ausfall zahlreicher Sectionen von Pyämiefällen, in welcher ein handgreiflicher Thrombus nicht zu finden war.

Jetzt hat sich noch herausgestellt, dass 1. die früheren Sinussectionsmethoden ungenügend waren. Ich selbst habe in Halle einen Fall von metastatischer Pyämie ex ostitide beobachtet und beschrieben, in welchem der Thrombus sich der sorgfältigsten Besichtigung in Cadavere entzog. Erst mit Hülfe des Microscopes liess sich eine verdächtige Stelle als der sichere Sitz des wandständig gewesenen, dann mit der Circulation fortgespülten Thrombus erkennen. Und 2. haben sorgfältige klinische Beobachtungen und Temperaturmessungen ergeben, dass die Erkrankungen des Warzenfortsatzes, die nicht bis an den Sinus heranreichen, niemals andauerndes, auch nur mässiges Fieber erzeugen. Der Schluss ist gerechtfertigt, dass alle andauernd fieberhaften und pyämische Symptome von Ohreneiterungen auf Sinuserkrankung hinweisen, vorausgesetzt natürlich, dass wir die acute Paukeneiterung, acute Labyrintheiterung und Meningitis ausschliessen können. Zum Ausschluss der letzteren bedienen wir uns in schwierigen Fällen der 1891 von Quincke angegebenen Lumbalpunction, deren diagnostische Bedeutung in der That in der Ohrenheilkunde ihre grössten Triumphe feiert. Aus diesen Andeutungen, meine Herren, mögen Sie entnehmen, dass uns heute eine Frühdiagnose der Sinusphlebitis möglich ist.

Ferner wissen wir jetzt, dass die früher so gefürchtete Eröffnung des Sinus ein durchaus harmloser Eingriff ist, den eine aseptisch und chirurgisch geschulte Hand unbedenklich, selbst als diagnostische Incision riskiren kann. Sicher führt die Incision niemals eine Thrombose herbei.

Alle diese Thatsachen hatten einen belebenden Einfluss auf die Actionslust der Operateure ausgeübt, und die Folge ist ein ungeheures Anschwellen der Statistik. Während noch vor wenigen Jahren jede einzelne glückliche Heilung von Sinusthrombose sorgfältig gebucht wurde, ist die Casuistik jetzt auf Hunderte von Fällen angeschwollen. Man gewöhnt sich bereits daran, die Sinusthrombose nicht mehr als eine übertrieben gefährliche Complication anzusehen. Die schweren Fälle haben freilich immer noch eine zweifelhafte Prognose und ihre Behandlung verlangt chirurgische Schulung des Ohrenarztes.

Die Methode besteht darin, nach Ausführung der Radicaloperation den Trichter nach hinten und unten so zu erweitern, dass der Sinus in ihm freiliegt, und zwar in einer Ausdehnung, welche

möglichst der Ausbreitung der Thrombose entspricht. Man incidirt breit, entfernt die Thrombusmasse und tamponirt. Den soliden Pfropf, der gewöhnlich centralwärts die Thrombose abschliesst, soll man möglichst in Ruhe lassen. Ob und wann man die Jugularis unterbinden soll, ist noch Gegenstand der Controverse und anscheinend nicht von übergrosser Wichtigkeit. Merkwürdig ist, dass sich in acuten Eiterungen die Thrombose fast immer zuerst im Bulbus auszubilden scheint, was wohl mit der hohen Virulenz der Keime und von den eigenthümlichen Stromverhältnissen im Bulbus zusammenhängt. Es kommt dort zur Ansiedlung von Microorganismen unter ähnlichen Bedingungen, wie sie z. B. an den Herzklappen stattfindet. Auf diese interessanten und practisch wichtigen Fragen einzugehen, ist hier nicht der Ort, zumal die Details der Sinusthrombose durchaus noch der Controverse der Otochirurgen unterworfen sind. Was ich Ihnen mittheilte, sind jedoch nicht theoretische Combinationen, sondern zwingende Schlüsse, die sich aus jahrelanger systematischer, vorurtheilsloser Bearbeitung des klinischen Krankenmaterials, besonders in Halle und Berlin, ergeben haben. Ich wollte Ihnen nur den Eindruck verschaffen, dass wir auf dem rechten Wege sind, das häufig so verwickelte und vielgestaltige Bild der otitischen Pyämie diagnostisch aufzulösen und dass wir sehr häufig im Stande sind, eine Frühdiagnose zu stellen, die Sinuphlebitis vor Eintritt der Pyämie zu diagnosticiren, und dass das Zustandekommen der Heilung nicht mehr so sehr wie früher von den Kräften des Organismus als von unserer diagnostischen und chirurgischen Kunst abhängt.

Ich will nicht unerwähnt lassen, dass die Sinusthrombose der Spontanheilung zugänglich ist, und dass häufig die Radicaloperation allein und die Entlastung des Sinus genügt, um die Thrombose prompt zur Heilung zu bringen. Wir haben das in Halle oft genug beobachtet. Wir sehen darin einen Grund, in leichten Fällen die Sinusoperation nicht zu überstürzen, sondern erst die Radicaloperation zu machen und dann abzuwarten, ob eine wesentliche Aenderung des klinischen Bildes nach der Richtung der Spontanheilung hin eintritt.

Was die Hirnabscesse betrifft, so giebt es für sie eine Naturheilung nicht; der Tod ist, falls das Messer des Chirurgen nicht rechtzeitig eingreift, bisher der einzige Ausgang. Ihre Diagnose ist also eine absolute und vitale Indication zu ihrer Eröffnung. Seit 1887, als die Lehre von den Hirnabscessen von v. Berg-

mann entwickelt wurde, ist dieses Gebiet so fruchtbar angebaut worden, dass Dank der Arbeiten von Schwartze, McEwen, Körner schon heute ein gewisser Abschluss erreicht ist, welcher uns auf eine fortlaufende Reihe von klinischen und chirurgischen Erfolgen zurückblicken lässt. Der otitische Hirnabscess ist bei Weitem der häufigste und best studirte. Er entsteht immer an einer Stelle, wo die ursächliche Ohreiterung bis zum Schädelinhalt vorgedrungen ist, und wir erreichen ihn, wenn wir mittels unserer Radicaloperation dem Wege der Eiterung nachgehen. Wir finden so den Schläfenlappen-Abscess nahe am Tegmen tympani et antri, den Kleinhirnabscess nahe dem Sinus oder den vom Labyrinth in die hintere Schädelgrube einmündenden Bahnen. Wir sind im Stande, von der Knochenwunde aus nach McEwen den Abscess breit zu eröffnen, oder, wenn wir nach v. Bergmann die Entleerung von der Schläfen- oder Hinterhauptsschuppe aus vorziehen, am Ort seiner Entstehung eine Gegenöffnung anzulegen.

Es ist nicht sowohl die Operation als vielmehr die Diagnostik der Hirnabscesse, welche die grössten Schwierigkeiten macht. Immerhin ist Schwartze's pessimistischer Ausspruch, dass die Diagnose erst dann sicher sei, wenn man bei der Operation den Eiter aus dem Hirn abfliessen sehe, als glücklich veraltet anzusehen. Besonders die Symptomatologie des otitischen Schläfenlappenabscesses ist so eingehend studirt und so trefflich geschildert worden, dass die Diagnose dieser Hirneiterung in den meisten Fällen mit grosser Sicherheit zu stellen ist. Ein Uebersehen des Abscesses ist nur entschuldbar, wenn er entweder sehr klein ist, oder wenn er sich, was leider sehr häufig ist, mit Sinusthrombose und Meningitis complicirt. Aber selbst in solchen Fällen wird man meist noch pathognomische Zeichen finden, wenn man sorgfältig sucht. Der Hirnabscess macht selten auffällige Symptome, ausgenommen im terminalen Stadium. Wollen wir therapeutische Erfolge haben, müssen wir das sogen. latente Stadium zu entlarven suchen. Die Symptome sind bekanntlich abhängig 1. von der Eiterung an sich, 2. von dem gesteigerten intracraniellen Druck und 3. von den durch den Sitz des Abscesses veranlassten localen Störungen. In die erste Gruppe gehören grosse Mattigkeit und Hinfälligkeit, Abmagerung, fahles Aussehen etc. und ein characteristisches Verhalten der Körpertemperatur. Letztere ist durchaus subnormal, und dieses Verhalten ist für den ausgebildeten Abscess so typisch, dass jede andauernd höhere

Temperatur ein strenges Argument gegen die Diagnose bildet. Dagegen giebt es ein initiales Fieber und ein anfallweises Auftreten von leichten Fieberschwankungen, die offenbar dem schubweisen Wachsen des Abscesses entsprechen. In die Gruppe der Drucksymptome gehören bekanntlich die nie fehlenden Kopfschmerzen, die Klopfempfindlichkeit, Erbrechen, Schwindel, Neuritis optica, Pulsverlangsamung, Somnolenz; das erste Anzeichen der letzteren ist ein ganz leichter Torpor der Intelligenz, welcher dem geübten Auge oft den Anlass zu dem ersten Verdacht giebt. Häufig gelingt es mit Hülfe des Ohrenbefundes die Diagnose mit grosser Sicherheit zu stellen, ohne dass es nöthig ist, das Auftreten von Herdsymptomen abzuwarten. Bilden sich die letzteren aus, so wird die Diagnose ausserordentlich leicht und zuverlässig.

Die otitischen Temporalabscesse sind durch das Auftreten von Herdsymptomen besonders begünstigt. Wir haben im Schläfenlappen das Centrum für das Gehör der einen Seite und vor Allem links das sensorische Sprachcentrum, dessen Störung amnestische Aphasie und Paraphasie hervorbringt. Seit die Beobachtung vor einigen Jahren darauf gelenkt worden ist, hat sich das Symptom sehr häufig gezeigt und als pathognomisch bewährt. Den bisher auffallendsten und ausgebildetsten Fall habe ich vor einem Jahre in Halle zu beobachten gehabt. Die Diagnose konnte damals auf Grund dieses Symptoms schon während Aufnahme der Anamnese mit Wahrscheinlichkeit gestellt werden. Ausser diesen directen Ausfallssymptomen kommt es durch Fernwirkung auf die innere Capsel zu Hemiparesen des Facialis, der Extermitäten und zu Sensibilitätsstörungen, seltener zu Oculomotorius- und Abducenslähmungen. Bei dieser Reichhaltigkeit der Symptome bietet gerade der temporale Hirnabscess ein besonders dankbares Object für die diagnostische Kunst. Entsprechend der erfolgreichen Diagnostik und dem Aufschwung der Hirnchirurgie hat die Zahl der Eröffnung von Hirnabscessen in ungeahnter Proportion zugenommen. Während v. Bergmann vor 10 Jahren erst über 8 Operationen zu berichten wusste, umfasst die Statistik 1893 schon nahezu 60; 1895 nahezu 100, 1897 ca. 150 und hat jetzt zweifellos die Zahl 200 erheblich überschritten. Die Zahl der Heilungen ist ca. 50 Procent in langsam steigendem Procentsatz. Diese Zahlen beweisen mehr als viele Worte. Chirurgen und Ohrenärzte hatten mit gleichem Eifer dieses Capitel bearbeitet, die Ohrenärzte vielleicht deshalb

mit grösserem Glück, weil der otitische Hirnabscess ihrer Specialität nahe lag und weil, in Deutschland wenigstens, ein relativ grösseres Material den Ohrenkliniken zukommt. Die klinische Medicin hat merkwürdig wenig zur Erforschung der otitischen Complicationen beigetragen, und es ist kein Zweifel, dass noch heute wie früher in den allgemeinen Krankenhäusern zahlreiche Kranke mit der Diagnose Typhus, Malariafieber, kryptogenetische Pyämie etc. zu Grunde gehen, bei welchen eine Untersuchung der Ohren auf die Spur einer intracraniellen Eiterung geführt haben würde. Das soll kein Vorwurf für die inneren Kliniker sein, sondern nur ein Beweis für das rapide Tempo, in welchem die moderne Otiatrie die Lehre von den in ihre Domaine gehörigen Krankheiten ausgebildet hat.

Meine Herren! Ich habe Ihre Geduld schon zu lange in Anspruch genommen, indem ich Ihnen oberflächlich einige Capitel zu skizziren suchte, die voll sind von neuen Bahnen und neuen Methoden. Die Ohrenheilkunde ist mit Hülfe der Radicaloperation der chronischen Eiterung im Schläfenbein Herr geworden und übt damit eine weitgehende und segensreiche Prophylaxe. Aber sie ist gewachsen mit ihren grösseren Zwecken; sie ist durch eine chirurgische Schule gegangen und hat sich selbst als otiatrische Hirnchirurgie etablirt. Die Erfolge sprechen für sich selbst und rechtfertigen das Ansehen, das wenigstens in ihrem Mutterland die Otochirurgie unter den Aerzten gewonnen hat.

Lassen Sie mich schliessen mit den Worten v. Bergmann's in der neuesten Auflage seiner Hirnchirurgie: „Die Idee der Ohrenärzte, dem Eiter im Hirn auf dem Wege nachzugehen, auf dem er in das Hirn gekommen ist, hat den Fortschritt begründet, dessen sich die moderne Otiatrie rühmen kann und durch den sie wieder das geworden ist, was sie ursprünglich war — ein Zweig der Chirurgie. Wenn in einer eben vergangenen Zeitperiode Vieles und Neues unserem Wissen und Können zugeführt ist, so haben wir ein Recht, von der nächsten Zukunft noch mehr zu erwarten."

Correspondenz.

An die Redaction der New Yorker „Medicinischen Monatsschrift."

New York, 12. August 1899.

Geehrter Herr Redacteur!

Das lebhafte Interesse, welches ich an der in Ihrer letzten Nummer erschienenen Discussion über das Thema: „Die Benennung Appendicitis

und andere unwissenschaftliche Wörter unserer Kunstsprache" nehme, möge mir als Entschuldigung dienen, wenn ich derselben noch einen kleinen „Appendix" anzuheften bitte. Man begegnet jetzt allerwärts Versuchen, der Appendicitis ihren guten ehrlichen Namen streitig zu machen — wie mir dünkt, mit grossem Unrecht. Es ist ja wahr, dass die Verbindung des lateinischen „Appendix" mit der griechischen „itis". gelinde gesagt, eine Mesalliance bedeutet. Aber der bösen Beispiele sind eben gar so viele. Sehen wir uns nur in unserer anatomischen Nomenclatur um, die uns doch am allernächsten liegt. Da finden wir neben den falschen Wortbildungen, wie sie von den Herren Rednern bereits prägnant hervorgehoben wurden, noch viel schlimmere Verstösse gegen die gute Sprachsitte und doch würde Niemand an deren „Reinigung" mehr denken. Da ist zum Beispiel der Bronchus, welcher „Weg" für das „Getränk" bedeutet, „Arteria"—Luftgang! „Parenchym"—Erguss! „Musculus"—Mäuslein! Ausdrücke wie Mandel, Schnepfenkopf, Hahnenkamm, Herzohr, Hammer, Ambos etc. haben auch nicht die geringste Berechtigung und könnten gewiss durch viel aesthetischere und treffendere Bezeichnungen ersetzt werden. Aber die mit ihnen verbundene Bedeutung ist uns schon so sehr in Fleisch und Blut übergegangen, dass der Werth eines Reinigungsbades, aus welchem sie vielleicht ganz unkenntlich wieder auftauchten, uns problematisch dünken möchte. Der Begriff ist eben doch dasjenige, worauf es ankommt. Die meisten modernen Bezeichnungen auf dem Gebiete der Technik lassen aus ihren Wortbildungen die Begriffe übrigens noch viel weniger klar erkennen. Nehmen wir zum Beispiel die Bezeichnung „Locomotive." Das soll doch ein Ding sein, welches sich von der Stelle bewegt. Dasselbe Attribut kommt aber vielen anderen Erzeugnissen menschlicher Erfindungsgabe zu, welche sich von dem Begriff einer Locomotive so sehr wie möglich unterscheiden. Aber jedes Kind weiss schliesslich was eine Locomotive ist und bedeutet. Wer sich die Mühe nicht verdriessen lässt, der wird sicherlich eine ganze Anzahl treffender Beispiele von terminis technicis für neue Erfindungen aufführen können, deren Klarheit unter dem Enthusiasmus ihres Schöpfers an ihrem Geburtstag zu leiden hatten.

Gehen wir aber noch weiter und abstrahiren wir ganz von der Fremdwörtercomposition! Da werden wir die merkwürdige Entdeckung machen, dass wir sogar in unserer lieben deutschen, von allem Welschen gereinigten Sprache täglich Wörter gebrauchen, welche man geradezu als grammatikalischen Unsinn bezeichnen muss. Und zwar sind es keine Glanzstücke des von den Philologen so gern gegeisselten medicinischen Wortschatzes, sondern Wörter, welche nicht blos von unserem grossen Renegatencollegen Schiller, sondern auch von einem gewissen Göthe und Lessing, und last, but not least, von den achtbaren Herrn Philologen höchstselbst anstandslos gebraucht werden. Wer hat zum Beispiel je von einem grösseren Unsinn gehört, als es das Wort „Bedienter" umfasst? Der Bediente ist ja doch Der, welcher bedient wird, also der „Herr", und das ist doch das genaue Gegentheil von dem was es ausdrücken soll. Nichtsdestoweniger begegnet man in der Literatur dem „Bedienten" viel häufiger als dem schlichten und correcten „Diener", gleich als ob dem pathologischen Bedienten ein aristokratischerer Odeur

anhalte. Und wer hält nicht die Bezeichnung, ein „gedienter Soldat" für eine gute? Aber „gedient" heisst nicht etwa Einer, der gedient „hat", sondern Einer, der gedient „worden ist", und das hinwiederum ist ein Unding.

Den Auswüchsen, wie dem mit Recht so beliebten „chirurgischen Instrumentemacher", und seinem ausgezeichneten Pendant, der „Böhmischen Obsthandlung", welcher wir an jeder Ecke der Deutschen Reichshauptstadt begegnen, und deren Berechtigung von der Oesterreichischen Regierung vorläufig doch noch angefochten werden könnte, wollen wir nicht näher treten. Weniger zu diplomatischen Verwickelungen geneigt dürfte der zum gleichen Ressort gehörende „dürre Zwetschgenhändler" sein. Aber „Usus est Tyrannus" — der Sprachgebrauch ist ein Tyrann und so wird der „Bediente" trotz aller Einwände fortleben, so lange es eine deutsche Sprache, und die „Arterie" und der „Bronchus", so lange es eine medicinische Wissenschaft gibt. Hoffen wir auch von der Appendicitis das Beste! Vorläufig kann man getrost sagen, dass alle die sprachreinigenden Autodafé's den Märtyrer nur noch populärer gemacht haben. Die Versuche, die wurmstichigen Bezeichnungen „Typhlitis", „Perityphlitis" und "Paratyphlitis" zu conserviren, möge es kosten was es wolle, sind vom pathologisch-anatomischen, noch viel mehr aber vom klinischen Standpunkt aus, auf das Entschiedenste zu verdammen. Denn was man unter Appendicitis versteht, ist weder eine Typhlitis, noch eine Peri- oder Paratyphlitis. Die Appendicitis ist weder eine Entzündung des Blinddarms noch seiner Umgebung, sondern eine Entzündung des Wurmfortsatzes und nichts Anderes. Wenn eine Typhlitis, eine Peri- oder Paratyphlitis besteht, so ist sie fast immer nur eine Folgeerscheinung der Appendicitis, gerade so gut wie irgend eine andere hinzutretende Gewebsveränderung.

Der Vorschlag, Perityphlitis mit „appendicularis" zu garniren, hat auf den ersten Blick etwas Bestechendes und ist vom ethymologischen Standpunkt unanfechtbar. Aber er ist anatomisch unrichtig und sein Vater, der geniale Volkmann, würde, wenn er uns nicht zu frühe entrissen worden wäre, ihn sicherlich jetzt, nach zwanzig Jahren, selbst zurückgezogen haben.

Epityphlitis klingt gut, aber wer vielfältige Gelegenheit hat, den Wurmfortsatz in seinem Treiben in der Bauchhöhle sozusagen zu belauschen, wird gefunden haben, dass derselbe die unhöfliche Gewohnheit hat, nur ausnahmsweise dem Blinddarm „aufzuliegen", wie es das ἐπί doch ausdrücken soll.

Den armen Scolex aber gar aus seiner idyllischen Ruhe aufzuschrecken und ihn behufs Creirung eines unpopulären Terminus zu vergewaltigen, ist doch eitel Thierquälerei.

Der Ausdruck „Appendicitis" ist einfach und illustrativ. Mögen sich die Herren Sprachreiniger noch so sehr dagegen wehren, sie werden ihn doch schliesslich hinunterwürgen müssen. Es geht schliesslich wie beim Zwiebelschälen: Man weint dabei und — isst sie doch.

Die Bezeichnung Appendicitis stösst sozusagen dem medicinischen Novizen die Nase auf die Pathogenese. Und damit ist zugleich der Ernst der Situation gekennzeichnet, so dass die Bezeichnung allein unter Um-

ständen von Wichtigkeit für ein Menschenleben sein kann. Verwenden wir also die Muse, welche uns die Berufspflicht übrig lässt, lieber zu Versuchen, den geheimnissvollen Schleier zu lüften, welcher immer noch um die Pathogenese und die Deutungsfähigkeit der Symptome im Initialstadium schwebt! Dr. Carl Beck.

Referate und Kritiken.

Die Krankheiten der Nase und des Halses, ihre Beziehungen zum Gesammtorganismus und ihre Bedeutung für die Singstimme. Zehn allgemeinverständliche Vorträge. Von Dr. Friedrich Ernst. Verlag von Adolf W. Köllner. Berlin und Hannover 1899.

Nachdem Verfasser im ersten Vortrage die Anatomie und Physiologie der Nase, des Rachens und Kehlkopfes, sowie die Physiologie der Sprech- und Singstimme, zu deren Entstehen ausser dem Kehlkopf noch der Mundrachenraum, Nasenrachenraum, Mund und Nase nothwendigerweise mithelfen, besprochen, kommt er im zweiten Vortrage auf die Entstehungsursachen von Hals- und Nasenkrankheiten. Die wichtigsten sind mangelhafte Blutcirculation durch Erkrankungen des Herzens und der Lungen, enge Bekleidung des Halses und der Brust, Verlust des normalen Nasenschleimes, Erkältung, Erhitzung des Halses, trockene oder unreine Luft, Infections- und Nervenkrankheiten. Nachdem im dritten und vierten Vortrage der acute, sowie chronische Nasenkatarrh in Symptomen und Folgen besprochen, beschäftigt sich Vortrag fünf mit dem chron. Rachenkatarrh und seinen Folgen, wie adenoide Vegetationen und chron. Entzündungen der Gaumenmandeln und deren schädlichen Einfluss auf die Intelligenz und dem Gesammtbefinden des Menschen und giebt als Entstehungsursachen Einathmen von staubhaltiger oder zu trockner Luft oder irritirender Dämpfe, Tabakrauchen, Genuss geistiger Getränke und stark gewürzter und allzu heiss genossener Speisen, Bestehen von chron. Katarrh der Nasenschleimhaut und Erkältung an. Vortrag sechs behandelt den chron. Kehlkopfkatarrh, der durch verunreinigte Athmungsluft, Ueberanstrengung der Stimme, Nasenrachenkatarrh, Verlegung der Nasenlichtung, Erkrankungen der Lungen und des Herzens mit Kreislaufströmungen, sowie Diabetes mellitus entsteht. Seine Bedeutung ist für den Gesammtorganismus nicht gross, jedoch von höchster Wichtigkeit für gewisse Berufsarten, z. B. für Sänger, Lehrer, Prediger und Offiziere. Vortrag sieben beschreibt Geschwülste in Nase, Rachen und Kehlkopf, als deren Entstehungsursachen er Nasenkatarrh, Eiterungen in den Nebenhöhlen, Formenveränderungen der Nasenscheidewand, Fremdkörper in der Nasenhöhle, Infectionen, wie Carcinom u. a. anführt. Vortrag acht bespricht die Beziehungen der Allgemeinerkrankungen zur Nase, zum Rachen und Kehlkopfe, z. B. Infectionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Typhus, Tuberculose, Lupus, Herz- und Nierenkrankheiten, Syphilis, Menstruation, Schwangerschaft, Nervenerkrankungen und Diabetes mellitus. In Vortrag neun finden wir eine Beschreibung der Singstimme unter normalen Verhältnissen betreffend Stärke, Höhe und

Farbe des Tones, welche von der Länge der in Schwingung versetzten Stimmbänder, ihrer Dicke, Breite und Elasticität und der Stärke des Ausathmungsluftstromes abhängen. Ferner folgt eine Besprechung der Stimmarten, Stimmregister, des Einflusses des Alters und anatomische Veränderungen zur Stimme und der Stimmqualitäten. Der zehnte Vortrag enthält die Aufzählung der Ursachen der Erkrankungen der Singstimme, nämlich Nervenschwäche, Indisposition, Bleichsucht, Lungen- und Herzkrankheiten, Nasen-, Rachen- und Kehlkopferkrankungen, Nervenaffectionen und Ueberanstrengung der Stimme. Das mit grosser Klarheit auch für den practischen Arzt ungemein leicht verständliche, lehrreiche Buch ist warm zu empfehlen. Nicolai.

Heitzmann, Louis, Urinary Analysis and Diagnosis by Microscopical and Chemical Examination. With 108 Original Illustrations. New York. William Wood & Co. 1899.

Die Bedeutung dieses Buches, wodurch es sich vor allen anderen bisher erschienen Werken über Harnanalyse auszeichnet, ist die, dass es vorwiegend microscopische Harnuntersuchungen und deren diagnostischen Werth behandelt. Es ist in dieser Hinsicht, trotzdem die Literatur über Harnuntersuchungen eine ausserordentlich reiche ist, ein echtes Originalwerk, ein Originalwerk der Diagnostik auf Grund microscopischer Harnuntersuchungen. Der chemische Theil ist kurz gefasst, ohne dass jedoch irgend etwas von Wichtigkeit und Bedeutung für den practischen Arzt übersehen worden. Der Verfasser erklärt dieses Verhältniss durch den Umstand, dass chemische Harnanlyse schon in einer grossen Anzahl von Werken vollständig genug behandelt, microscopische Diagnostik jedoch bisher nicht die Aufmerksamkeit erfahren, welche ihre Wichtigkeit beansprucht.

Das Buch ist durchaus ein Muster klarer und gewissenhafter Darstellung, dementsprechend sind auch die sämmtlich nach Originalaufnahmen mit ausgezeichneter Technik hergestellten Illustrationen deutlich und instructiv. Dem Ref. ist nur eines aufgefallen — doch möchte er darüber weniger dem Verfasser, als der Gewohnheit in der heutigen medicinischen Literatur insgesammt einen Vorwurf machen — pathologisch und nosologisch werden als gleichbedeutend gebraucht, oder vielmehr es wird häufig etwas als pathologisch bezeichnet, was blos nosologische Bedeutung hat, ja das Wort nosologisch kommt im ganzen Buche nicht vor. Barbarismen sind die Worte Vesiculitis und Vaginitis.

Aus dem Kapitel über Epithelien lernen wir, dass es nicht schwer ist, die Organe aus welchen dieselben stammen, zu bestimmen, obwohl, wie der Verf. ausdrücklich erklärt, nicht von allen Epithelien der Ort ihrer Herkunft bestimmt werden kann. Bei Cystitis kann man durch die Anzahl der flachen Epithelien, welche aus den oberen Lagen der Blase stammen, mit Leichtigkeit sagen, ob die Entzündung acut oder chronisch ist, da bei acuten Cystiden die flachen Epithelien in Verbindung mit den cubischen der mittleren Lage zahlreich vorhanden, bei chronischen hingegen sehr spärlich oder überhaupt nicht zu finden sind. Epithelien, in welchen eine Anzahl Kerne oder vielmehr neugebildete Eiterkörperchen (die sogenannte endogene Neubildung) in grosser Anzahl

vorhanden sind, beweisen einen Druck. Falls diese endogenen Neubildungen in den Epithelien des Blasenhalses vorhanden sind, kann man häufig eine Prostatahypertrophie ohne Schwierigkeit diagnosticiren, ebenso kann man auf diese Art auf parametrische Exsudate, Geschwülste etc. schliessen. Aus der relativen Grösse der Epithelien lässt sich mit Leichtigkeit Nephritis diagnosticiren, die trotz geringfügiger oder mässiger Albuminurie wegen gleichzeitigen Fehlens der Harncylinder ohne diese microscopische Untersuchung der Epithelien nicht festzustellen gewesen wäre. In anderen Fällen kann die microscopische Untersuchung die erste Andeutung krankhafter Zustände oder pathologischer Veränderungen anzeigen noch ehe klinische Symptome die Diagnose feststellen lassen. Es kann dies, wie schon bemerkt, bei leichten Fällen von Nephritis, aber auch bei Nierencirrhose vorkommen.

Aus dem Kapitel über Schleim- und Bindegewebe lernen wir in dieser Hinsicht, dass die Anwesenheit grosser Mengen von Schleim im Urin bei verschiedenen fieberhaften Zuständen, ohne dass Entzündung der Harnwege vorliegt, und in acuten contagiösen Erkrankungen, wie Scharlachfieber, diese Schleimanhäufung ein Vorläufer von Nephritis sein kann. Wie das vorhergehende Kapitel, so ist auch dieses reich an eigenen Beobachtungen des Verfassers über die diagnostische Bedeutung der microscopischen Harnbefunde. Das nächste Kapitel über Cylinder im Harn zeichnet sich durch Vollständigkeit, Uebersichtlichkeit und Klarheit aus, so dass es auch für den, der den Gegenstand in anderen Werken gelesen, von neuem praktischen Werth sein muss.

Wie alles ohne Ausnahme, so ist die klinisch-anatomische Eintheilung der verschiedenen Formen der Nierenentzündung einfach und treffend, sie zeichnet sich anderen bisher üblichen Verwirrung begünstigenden Eintheilungen gegenüber aus. An der Hand dieser Heitzmann'schen Eintheilung lassen sich die verschiedenen Harnbefunde am besten erklären. Grosses Interesse beansprucht die Diagnose des Nierensarcoms auf Grund microscopischer Harnuntersuchung, besonders da es möglich ist, durch diese Untersuchung allein zuerst das Vorhandensein einer solchen malignen Neubildung nachzuweisen. Es ist dies eine Beobachtung Carl Heitzmann's, des Vaters des Verfassers. Er fand in einer Anzahl von Fällen, von denen er die ersten im Jahre 1888 veröffentlichte, die microscopische Diagnose bestätigt. Referent war unter den Zuhörern als Carl Heitzmann in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York zuerst über diese Beobachtung sprach.

Das Buch ist vorzüglich ausgestattet. Der Verleger könnte so gut wie Tauchnitz, der Verleger der bekannten Ausgaben der griechischen und lateinischen Klassiker, einen Preis für die Entdeckung eines Druckfehlers aussetzen. Die übliche Entschuldigung, dass der Verfasser ein Buch über einen Gegenstand, der schon vielfach behandelt, herausgegeben, kann in diesem Falle wegfallen, denn in seiner Haupteigenschaft als Lehrbuch der microscopischen Harnuntersuchung wird es von allen Seiten als ein durchaus neues, überaus wünschenswerthes Werk begrüsst werden.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1889, No. 25 mit 28.

1) H. Schneider: Zur Bedeutung der Bremer'schen Probe (Anilinfarbenreaction des Blutes) bei Diabetes. (Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Heidelberg.) — Verf. findet, dass die Färbung normalen fixirten Menschenblutes nach Contact mit Harn, bezw. Aq. destill., abhängig ist von dem Aciditätsgrad der Contactflüssigkeit, gleiche Dicke der Blutschicht, Färbezeit und Concentration der Färbung vorausgesetzt. Der positive Ausfall der Bremer'schen Probe im diabetischen Urin ist also eine Folge der in der Regel stark sauren Reaction dieser Harne. Man darf ferner vermuthen, dass der positive Ausfall der Probe im Blute der Diabetiker, sowie anderer Kranker und Gesunder ebenfalls durch abnormen Säurereichthum des Blutes hervorgerufen wird. Daraus folgt zunächst, dass aus dem positiven Ausfall der Proben die Diagnose Diabetes nicht zu begründen ist.

2) R. Müller: Ueber die Methylenblaufärbung des Diabetikerblutes (Williamson'sche Probe). (Aus dem Neuen Allgem. Krankenhause Hamburg-Eppendorf.) — Auf Grund seiner Nachuntersuchungen kommt Verf. zu dem Schlusse, dass wir in der Williamson'schen Blutprobe ein diagnostisches Hülfsmittel besitzen, das uns die Möglichkei gibt, den Diabetes festzustellen, was werthvoll ist in den seltenen Fällen von Coma diabeticum, in denen es aus irgend welchen Gründen nicht möglich ist, Urin zu erhalten. So gelang es R. bei einem kurz vor der Aufnahme auf die Station katheterisirten, im tiefen Coma aufgenommenen Manne, der mit der Diagnose Apoplexie in das Krankenhaus geschickt worden war, die Diagnose Diabetes durch die Blutprobe zu sichern, nachdem er vergeblich katheterisirt hatte.

3) Bertelsmann: Wie entsteht der Schmerz bei der Gallensteinkolik? (Aus dem Neuen Allgem. Krankenhause Hamburg-Eppendorf.) — Verf. hält es für bewiesen, dass echte Gallensteinkoliken vorkommen können ohne Entzündung und ohne Einklemmung; die Entzündung kann die erste Ursache der Kolik sein, indem sie zu Contractionen der Gallenblase Anlass giebt, sie kann aber auch diese nur begleiten. Die Entzündung wird den Schmerz zu furchtbarer Höhe steigern, die Contraction kann aber auch allein Schmerz auslösen. Das klinische Handeln muss stets von dem Bewusstsein geleitet sein, dass die Kolik höchst wahrscheinlich eine Entzündung begleitet; es giebt aber auch eine heftige Kolik ohne Entzündung.

4) R. Schwörer: Ein Fall von spindelförmiger Erweiterung der Speiseröhre. (Aus dem Neuen Allgem. Krankenhause Hamburg-Eppendorf.) — Bis jetzt sind nur wenige Fälle von spindelförmiger Erweiterung der Speiseröhre beschrieben worden. Sch. ist nun in der Lage, einen weiteren derartigen Fall zu veröffentlichen. Es handelt sich um einen 50 Jahre alten Mann, der noch nie andere Krankheiten durchgemacht hat. Seit 13 Jahren bleiben ihm zeitweise die Speisen über dem Magen stehen, wie er sich ausdrückt, und zwar tritt diese Erscheinung oft plötzlich auf. Der Kranke muss dann durch reichliches Trinken die „stehen gebliebenen Speisen" in den Magen hinunterpressen. An anderen Tagen

gleitet die Nahrung wieder ganz ohne Hindernisse in den Magen. Die Durchgängigkeit seiner Speiseröhre hängt häufig von Gemüthserregungen ab. Oft drücken ihn die im Oesophagus zurückgebliebenen Speisen so sehr, dass er sie durch Erbrechen, das er durch leichte Würgbewegungen ohne jede Anstrengung ausführt, wieder herausbefördern muss. Eine Ursache für sein Leiden kennt Pat. nicht. Im Allgemeinen hat der Pat. so wenig Beschwerden durch das Leiden, dass er ungehindert seinem Berufe nachgehen kann. Er dilatirt selbst von Zeit zu Zeit die Stenose mit einer dicken Sonde, darnach gehen gewöhnlich die Speisen leichter hindurch. Später führte jedoch der Kranke eine mit der Olive armirte, Renver'sche Sonde ein und forcirte in der irrigen Vorstellung, eine narbig verengte Stelle müsse einmal ordentlich gedehnt werden, den Eingang zum Magen. Das Resultat war eine Perforationsperitonitis und Exitus. Die Obduction ergab eine gleichmässige, spindelförmige Oesophaguserweiterung, ohne irgendwelche sonstige pathologische Veränderung am Oesophagusrohre, der Cardia oder der Umgebung dieser Organe.

5) W. Prausnitz: Ueber ein neues Eiweisspräparat (Siebold's Milcheiweiss). (Aus dem hygien. Institut und der staatlichen Lebensmitteluntersuchungsanstalt in Graz.) — Siebert hat aus dem Milchcasein und doppeltkohlensaurem Natron ein neues Eiweisspräparat, das „Milcheiweiss" hergestellt, das unter dem Namen Plasmon in den Handel gebracht werden wird. Das Milcheiweiss stellt ein schwach gelblich gefärbtes, griesartiges Pulver dar. In genügender Menge warmen bezw. kochenden Wassers löst es sich vollständig auf. Grössere Mengen quellen im Wasser auf und bilden, je nach der verwandten Menge, eine mehr oder minder dickflüssige bezw. gallertige Masse. Verdünnte, aber auch sehr concentrirte Lösungen sind vollständig geruch- und geschmacklos. Das Milchweiss kann daher in verschiedenster Weise zur Herstellung von Speisen und Getränken verwandt werden und es ist möglich, mit demselben sehr hohe Eiweissmengen ohne Schwierigkeit dem Körper zuzuführen. P. bezeichnet die auf Grund seiner Versuche gewonnenen Resultate als überaus günstige. Die sogen. „Ausnützung" der aufgenommenen Nahrung war eine sehr gute. Das Milcheiweiss wird nahezu vollständig vom Organisums resorbirt und kann das Fleisch als Nahrung gänzlich ersetzen.

6) Döderlein: Die Bacterien aseptischer Operationswunden. (Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik in Tübingen.) — D. kommt auf Grund seiner Erfahrungen und Untersuchungen zu der Ansicht, dass ein vollständig keimfreies Operiren, eine wahre Asepsis, so dass keine Mikroorganismen in die Wunde gelangen, überhaupt eine unerfüllbare Forderung ist. Glücklicherweise ist dieselbe auch kein absolutes Desiderat für günstige Wundheilung. Statt in dieser Beziehung unerfüllbaren Träumen nachzuhängen, erscheint es ihm zweckmässiger, sich mit der Wirklichkeit abzufinden; unser Bestreben muss dann darauf gerichtet sein, erstens pathogene Keime fernzuhalten, zweitens unter Rücksicht darauf, dass auch bei aller Sorgfalt doch Bacterien in die Wunde kommen, den Kampfesbedingungen im Körper zu Hülfe zu eilen, indem wir jene Factoren unterstützen, welche die in den Körper gelangten Keime vernichten.

ROSE.

7) F. Mayer: Hämorrhagische Cyste des Corpus ciliare mit Ausgang in psontane Heilung. (Aus der k. Universitätsklinik für Augenkranke in Erlangen.)

8) L. Loewenfeld (München): Weitere Beiträge zur Lehre von den cutanen neurotrophischen Störungen. — L. beschreibt im Anschluss an seine früher mitgetheilten Fälle je einen Fall von neuritischer Platthand und neuritischem Plattfuss, ferner eine eigenartige cutane Neurose bei einer 38jährigen Frau. Näheres hierüber ist in der Originalarbeit nachzusehen.

9) A. Köppen (Norden): Zur Ruptur der Ovarialkystome. — K. schildert den von ihm operirten Fall einer Patientin, die an einem colloiden Ovarialkystom gelitten hatte, dessen grösste Cyste mit der Bauchwand verwachsen und zum Bersten gekommen war. Heilung. Verf. hebt ausserdem noch die Vortheile der Aethernarcose hervor.

10) E. Harnack: Ueber die Giftigkeit des Heroins (Diacetylmorphins). (Aus dem pharmakolog. Institut der Universität Halle. — Verf. schickt seiner höchst interessanten Arbeit voraus, dass nicht Dreser der erste Darsteller des Heroins war, sondern dass dasselbe bereits im Jahre 1874 von Wright und zehn Jahre später von Hesse dargestellt und in chemischer Hinsicht eingehend untersucht worden war. H. ist nach Allem, was wir bis jetzt über das Heroin vom Thier und vom Menschen wissen, der Meinung, dass die Uebergabe des Mittels an die Praxis eine vorschnelle gewesen und dass damit ein überaus gefährliches Gift dem ahungslosen Praktiker in die Hand gegeben worden ist, in Betreff dessen nicht genug zur Vorsicht gemahnt werden kann. Denn so gefährlich das Morphin für den Menschen ist, das Heroin ist für Thier und Menschen doch noch viel gefährlicher, und es war ein Fehlschuss, zu glauben, weil das Methylmorphin (Codein) beim Menschen erheblich milder wirkt, als das Morphin, so müsste das auch für ein Acetylmorphin zutreffen. Daher ist man auch sehr rasch in der Dosirung des Heroins herabgegangen, und die Elberfelder Farbwerke selbst erklären neuerdings in einem handschriftlichen Cirkular die Dosis von 0.005 für „zuweilen als etwas zu hoch" und empfehlen vom leichtlöslichen Heroinum hydrochloricum 0,003 und eine Tagesgabe von 0,01! Bleiben wir indessen bei einer Dosis von 0,005 Heroin als Maximaldosis für Erwachsene stehen: damit stellt sich das Heroin an die Seite von Acidum arsenicosum und Veratrin, d. h. es gehört zu den giftigsten Substanzen unseres Arzneischatzes. Man muss es den Urhebern dieses „neuen" Heilmittels lassen, dass sie den richtigen Namen dafür gewählt haben; es gehört wirklich unter die „Heroica." Die Maximaldosis für Strychninum nitricum wäre doppelt, für Morphinum hydrochloricum sechsmal, für Codeinum phosphoricum zwanzigmal so hoch! Das ist das Mittel, von dem behauptet wurde, es sei zwar wirksamer, aber nicht giftiger als Codein. Gerade in Betreff des Heroins möchte daher H. auch das grosse Publikum zur höchsten Vorsicht mahnen; man hat nämlich das Mittel schon in die Hände der Laien gebracht und in Alpenclubs empfohlen, es zur Linderung der Athembeschwerden beim Bergsteigen in Anwendung zu bringen. Diese Empfehlung ist in hohem Grade bedenklich. Hier heisst es: Principiis obsta, sonst haben wir nächstens eine neue Form chronischer Medicinal-

vergiftung zu registriren, nämlich einen Heroinismus! Vor dem Morphin haben Aerzte und Laien einigen Respect; es durch Heroin zu ersetzen, heisst den Teufel durch Beelzebub austreiben, ganz so, wie seinerzeit der Morphinismus durch den gefährlicheren Cocainismus „ersetzt" wurde.

11) F. Berndt: Ueber die Anwendung der regionären Anästhesie bei grösseren Operationen an den Extremitäten. (Aus der chir. Abth. des städtischen Krankenhauses Stralsund.) — B. hat bei einem 80jährigen Manne eine Oberschenkelamputation und in einem anderen Falle eine Exarticulation des Mittelfingers unter regionärer Anästhesie vollkommen schmerzlos vorgenommen. Als einziger Schmerz wurde das Abschnüren der Extremität empfunden, doch konnte dieser Schmerz ohne Schwierigkeiten ertragen werden.

12) E. Kronenberg (Solingen): Angina und acuter Gelenkrheumatismus. — K. beschreibt einen Fall, in dem bei einem vorher gesunden und nicht belasteten 32jährigen Manne nach einem blutigen chirurgischen Eingriff in der Nase eine Angina follicularis auf der selben Seite entstand. Die Angina verläuft leicht und hat keinen nachtheiligen Einfluss auf die Operationswunde. Reichlich einen Monat später wird derselbe Eingriff auf der anderen Seite vorgenommen. Während auch dieses Mal der Wundverlauf ein ungestörter ist, tritt als Complication jetzt keine Angina auf, sondern ein acuter Gelenkrheumatismus. Derselbe erscheint zu Beginn gutartig, reagirt in gewohnter Weise auf Natr. salicyl., nimmt dann aber einen höchst malignen Character an und führt unter Auftreten fast aller denkbarer Complicationen, welche von einander durch Perioden relativen Wohlbefindens geschieden sind, zum Tode.

13) E. Kurz (Florenz): Zwei einfache, leicht transportable Vorrichtungen für die Steinschnittlage und für die Beckenhochlagerung in der Privatpraxis.

14) G. Leopold: Schwerer Ileus, entstanden durch einen Narbenstrang nach Ovariotomie. Trennung desselben. Genesung. (Aus der kgl. Frauenklinik in Dresden.) — In dem Falle ist bemerkenswerth: 1. Das sehr späte Auftreten des Ileus (11 Jahre) nach erfolgter Ovariotomie. 2. Die doppelte Abschnürungsstelle, nämlich eine Brücke zwischen Uterushorn und Beckenwand und eine strangartige Verlöthung und dadurch bedingte Achsendrehung des Coecum. 3. Das Durchschlüpfen einer langen (20 cm. lang) Dünndarmschlinge durch die Brücke. 4. Dass trotz wohl 10 Tage lang bestehender Darmabschnürung, trotz der starken Injection aller Därme und der tiefen, fast schwarz verfärbten Schnürfurchen an den Schnürstellen doch noch ein günstiger Ausgang nach Trennung der Narbenbrücke durch die Laparotomie erfolgte.

15) P. Schuster und K. Mendel: Mittheilungen aus der Klinik des Herrn Prof. Mendel in Berlin. — Es werden in Kürze vier Fälle von Epilepsia cursoria beschrieben.

16) E. Schönewald: Zur Hygiene der ersten Lebenstage. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Heidelberg.) — Sch. hat ähnlich wie Fuchs Versuche angestellt, die klar darthun, dass die Gessner'sche Theorie betr. des Entstehens des Icterus neonatorum durch „forcirte Reinigung" vollkommen haltlos ist.

17) Georgii (Rottenburg a. N.): Ueber Infusion und ihre Verwerthung in der ärztlichen Praxis. — Verf. giebt die Geschichte der Kochsalzinfusion, bespricht ihre Indicationsstellung und schliesst einige Fälle eigener Beobachtung an.

18) A. Benckiser: Ueber Tumoren als Geburtshindernisse. (Aus dem Ludwig-Wilhelm-Krankenheim zu Karlsruhe. — An der Hand von 6 von ihm beobachteten Fälle bespricht B. das Verhalten des Arztes derartigen Tumoren gegenüber während der Schwangerschaft und während des Geburtsactes.

Centralblatt für innere Medicin, 1899, No. 25 mit 28.

1) C. Pope: Zur Kenntniss der Beziehungen zwischen Hyperleukocytose und Alloxurausscheidung. (Aus der med. Klinik des Prof. Kraus in Graz.) — Verf. hat an sich selbst, in einem Falle von Typhus abdominalis und in fünf Fällen von Pnemonie Bestimmungen der Harnsäure und der Xanthinbasen vorgenommen und die Ergebnisse dieser Bestimmungen verglichen mit dem Temperaturverlauf, dem Verhalten der „physicalen" thorakalen Symptome und dem Verlauf der Leucocytose. Bei ihm selbst geht, wenn er in gewohnter Weise lebt, das Verhältniss zwischen Alloxurbasen und Harnsäure im Harn noch etwas unter den niedrigsten Werth von Salkowski (9:10,2) herunter. Wenn er in seiner Kost die täglich verzehrte Menge von 300 g Rindfleisch durch 300 g Kalbsthymus ersetzte, so stieg in der bekannten Weise allmählich sowohl die Urat-, als auch die Alloxurkörperausscheidung, auch wuchs merklich die Relation zwischen Alloxurbasen- und Harnsäuresecretion, während die Gesammtstickstoffausscheidung annähernd auf der früheren Höhe stehen blieb. Der Typhusfall (Hypoleucocytose) hat mittlere Mengen von Harnsäure und mässig starke Quantitäten von Xanthinbasen ausgeschieden, die Relation zwischen beiden ist entsprechend der Unterernährung eine relativ niedrige, trotz des hohen Fiebers. In allen Fällen von Pneumonie beobachtete er Hyperleucocytose und, zu einer bestimmten Zeit des Decursu auch eine Steigerung der Ausscheidung der Alloxurkörper im Harn. Ein Parallelismus zwischen Hyperleucocytose und Alloxurkörperausscheidung existirt aber durchaus nicht. Die Steigerung der Ausscheidung der Purinkörper im Harn zeigt sich veilmehr erst, bezw. dieselbe erreicht ihren Gipfelpunkt erst beim Schwinden der Leucocytose, sie beginnt (wird am manifestesten) mit dem Zeitpunkt der Resorption des pneumonischen Exsudats, welche durch den Temperaturabfall und durch die Aenderung im physikalischen Symptomenbild genügend scharf sich kundgiebt.

2) A. Jolles: Ueber die Bestimmung der Ferrometerzahl im Gesammtblut und im Serum. (Aus dem chem.-microscop. Labarotorium von Dr. Max und Dr. Adolf Jolles in Wien.) — Verf. macht darauf aufmerksam, wie wichtig es ist, genaue Eisenbestimmungen im Gesammtblute und im Serum anzustellen. Nachdem das Eisen im normalen Blutserum absolut nicht nachweisbar ist, so verdient der qualitative und event. quantitative Nachweis des Eisens in pathologischen Fällen sicherlich eine erhöhte Bedeutung. J. beschreibt dann seine Methode, die Bestimmung des Eisens im Gesammtblute mittels des Ferrometers auch auf das Blut-

serum auszudehnen, und macht in 10 pathologischen Fällen Mittheilung über die erhaltenen Eisenwerthe im Serum.

3) H. Bosse: Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Digitalisdialysats. (Aus der inneren Abth. der städt. Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg.) — Das von Golaz & Cie in Saxon (Schweiz) hergestellte Präparat zeichnet sich dadurch aus, dass es durch ein besonderes Dialysirungsverfahren der frischen eben gepflückten Pflanzen gewonnen wird, wobei ein Gewichtstheil des Dialysats genau einem Gewichtstheil der betr. Pflanze entspricht. Als Vortheile dieses neuen Verfahrens sind somit anzusehen: die Verarbeitung der frisch gepflückten Pflanze, das Vermeiden aller stark wirkenden Reagentien bei der Extraction und die genaue Dosirung der die Gesammtwirkung der betr. Pflanze bedingenden Bestandtheile. Verf. hat eine grössere Reihe von Pat. mit allen Formen von Störungen der Herzthätigkeit mit Digitalisdialysat behandelt; darunter schwere Fälle von Myocarditis, reine Klappenfehler, Fälle von Emphysem, sowie chronischer und interstitieller Nephritis mit Herzinsufficienz u. A. m. Die Dosis betrug dreimal 20 Tropfen pro die. Bei allen Kranken zeigte sich die Wirkung des Dialysats bald in auffälliger Weise. Puls, Athemnoth, Cyanose, Oedeme besserten sich, bezw. verschwanden gänzlich, wie an Stelle der meist längere Zeit vorhanden gewesenen Schlaflosigkeit der normale Zustand wiederkehrte und das Allgemeinbefinden sich in erfreulicher Weise hob. Besonders günstig wurde die Diurese beeinflusst; so stieg in einzelnen Fällen die Urinmenge auf 4 und 6 Liter und blieb nach Aussetzen des Mittels noch tagelang auf einer befriedigenden Höhe. Wenn es auch verfrüht wäre, jetzt schon ein definitives Urtheil über den Werth des Dialysats zu fällen, so glaubt Verf. doch jetzt schon behaupten zu können, dass das Dialysat den Folia und der Tinctura Digitalis in keiner Weise nachsteht, vor letzterer aber die genaue Dosirung voraus hat, und dem Practiker in Fällen willkommen sein dürfte, in denen bei der Behandlung Herzkranker eine Abwechslung in der Anwendung der üblichen Heilmittel wünschenswerth erscheint.

4) Waldvogel: Woraus und wo entsteht das Aceton? (Aus dem chem. Laboratorium der med. Klinik zu Göttingen.) — Durch seine Versuche konnte W. den Beweis erbringen, dass die Annahme unrichtig ist, dass Eiweiss der Nahrung oder des Körpers bei seinem Zerfall Aceton liefere. Die hemmende Wirkung der Kohlehydrate auf die Acetonbildung tritt nur dann ein, wenn man dieselben per os, nicht, wenn man sie subcutan einverleibt. Nun bleibt als einzige Substanz, welche dem Aceton Ursprung geben könnte, das Fett. Durch Fetteinverleibung per os wird eine deutliche Acetonvermehrung hervorgerufen; bei subcutaner Einverleibung des Fettes ist diese Wirkung ausgeblieben. Die Thatsachen, dass weder die subcutan eingeführten Kohlehydrate vermindernd, noch die unter die Haut gebrachten Fette vermehrend auf die Acetonbildung wirken, während bei Einverleibung per os diese Einflüsse deutlich hervortreten, legen den Gedanken nahe, dass die Vorgänge im Verdauungstractus von grosser Bedeutung für das Zustandekommen der Acetonurie sind.

Centralblatt für Chirurgie. 1899, No. 25 mit 28.

1) A. Schanz: Zu den Klumpfussoperationen. (Aus der ortho-

pädischen Heilanstalt des Dr. med. A. Schanz in Dresden.) — Verf. hält es nicht für richtig, als Voract der Klumpfussoperation die Tenotomie der Achillessehne zu machen, empfiehlt diese vielmehr als Nachoperation. Die Resultate sind dann bedeutend besser. In diesem Falle muss man allerdings den ersten Verband in Spitzfussstellung anlegen. Das ist aber weiter kein Nachtheil, denn auch in dieser Stellung lässt sich der Verband zum Gehen einrichten. Gelegentlich eines Verbandwechsels wird 4—6 Wochen nach der Redression die Tenotomie der Achillessehne ausgeführt. Jetzt ist keine Gefahr mehr, dass der Calcaneus wieder zurückkehrt. Man erhält einen vollen Erfolg.

2) K. G. Lennander: M. sphincter ani zerstört durch eine Phlegmone. Plastische Operation mit Hilfe der Mm. levatores ani und glutaei maximi. Continentia ani. (Aus der chir. Klinik in Upsala.) — L. beschreibt die von ihm an einem 36jährigen Manne ausgeführte Operation. Dieselbe hat zu einer Continentia ani geführt, die beinahe die normale erreicht, in einem Falle, in dem der Sphincter ani und ein Theil der hinteren Mastdarmwand durch eine brandige Phlegmone unterhalb des Diaphragma pelvis zerstört worden war. Man ist berechtigt anzunehmen, dass dieselbe Operation auch in den Fällen die Continenz herstellen kann, in denen z. B. wegen Krebs die Exstirpation des Anus, des Sphincter ani und des unteren Theils des Rectum nothwendig geworden ist, in denen man aber eine wesentliche Beschädigung des levator ani hat vermeiden können.

3) A. Köppen (Norden): Zur Spätnaht. — Erwiederung auf einen Artikel von Braatz in No. 4 des Centralblattes.

4) F. de Quervain (Chaux-de Fonds): Zur Verwendung der Tabakbeutelnaht. — Angeregt durch Doven hat Verf. versucht, von der Tabakbeutelnaht einen ausgedehnteren Gebrauch zu machen und sie zum Verschluss des Peritoneums bei gewissen Laparotomien zu verwenden, um auf diese Weise die Peritonealwunde auf ein Minimum zu beschränken und in dem Grad auch die Gefahr der Verwachsung von Netz und Darm an der Innenseite der Bauchwand zu vermindern. Was die Festigkeit der Tabakbeutelnaht im Vergleich zu der Lembert'schen fortlaufenden Naht betrifft, so hat C. durch Leichenversuche constatirt, dass die Tabakbeutelnaht ganz bedeutend widerstandsfähiger ist als die Lembert'sche Naht. Bezüglich der Ausführung unterscheidet der Verf. bei der Tabakbeutelnaht, soweit sie das Peritoneum betrifft, zwei Formen, die man als ausstülpende und als einstülpende Naht bezeichnen kann. Die letztere kommt zur Anwendung beim Verschluss eines an der Aussenfläche mit Serosa bedeckten Hohlorgans, wie des Darms, der Gallen- und der Harnblase. Gerade an der Gallenblase hat Q. diese Methode mit bestem Erfolg in Anwendung gebracht. Die einstülpende Tabakbeutelnaht findet ihre Verwendung beim Verschluss der innen mit Serosa ausgekleideten Bauchhöhle. Vorbedingung ist Eröffnung der Bauchhöhle von verhältnissmässig geringer Ausdehnung und eine gewisse Verschieblichkeit des Bauchfells.

5) N. Bardescu (Bukarest): Eine neue operative Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre. — Von der Anschauung ausgehend, dass das Ulcus varicosum des Unterschenkels eine phlebo-neuro-

trophische Störung ist, hat B. in zwei derartigen Fällen die Trendelenburg'sche Operation, Resection der Vena saphena magna, vorgenommen und daran die Dehnung des Nervus peroneus communis angeschlossen. Verf. hat bei diesen beiden Fällen die Resection und Nervendehnung noch in zwei Sitzungen vorgenommen, glaubt jedoch, dass beide Operationen mit besserem Erfolg in einer Sitzung auszuführen sind.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899, No. 24 mit 28.

1) R. Chroback: Echinococcus des Beckenbindegewebes und der Leber. — Ch. beschreibt ausführlich Krankengeschichte und Operation einer 27jährigen Pat., bei welcher er vor der Operation die Wahrscheinlichkeitsdiagnose „retrocervical entwickeltes Myom des Collum, subseröse, durch Entzündung mit der Umgebung verwachsene Myome" gestellt hatte. Im Beginn des Versuches, bei der sehr schwierigen Operation den grossen Tumor wenigstens theilweise auszuschälen, riss derselbe an der Kuppe etwas links vom Nabel ein und nun zeigte es sich, dass derselbe durch eine einzige grosse Echinococcusblase mit unzähligen verschieden grossen Tochterblasen gebildet wurde. In seiner oberen Partie war dieser Sack weich, brüchig, in seinen unteren Antheilen fühlte er sich, so weit er innerhalb des stark gewucherten subserösen Gewebes tastbar war, derb an. Dieser Sack umgab den Uterus so, dass sein grösserer Antheil rechts, der kleinere links vom Uterus lag und dass durch denselben auch der hintere Beckenraum ausgefüllt wurde. Heilung.

2) H. Hübl: Ueber Operationen mit dem Fehling'schen Kranioklasten. (Aus der Klinik des Herrn Hofrath G. Braun in Wien.) — H. hat die Kephalothrytorwirkung des Fehling'schen Kephalothryptors in Verbindung mit dem Kranioklasten nur an der Leiche, nicht an der Lebenden vorgenommen, da er bei diesen mit dem Kranioklasten allein ausgekommen ist. Nichtsdestoweniger hält er den Kephalothryptor auch in Verbindung mit dem Kranioklasten nicht blos für ein unzweckmässiges, sondern auch für ein gefährliches Instrument und möchte es deshalb namentlich nicht dem Ungeübten in die Hand geben.

3) R. v. Braun-Fernwald: Erwiderung auf den Aufsatz „Noch ein Wort zur Kranioklastfrage" in No. 8 d. Bl. von Dr. Th. Schrader. — Nach Vorausschickung einer Reihe polemischer Bemerkungen gegen Schrader kommt Verf. auf die Nachtheile des Fehling'schen Kephalothrypthelktor zu sprechen und kommt zu dem Schlusse, dass das Instrument bei Anwendung der Kephalothryptorwirkung bei schweren Fällen nicht zweckentsprechend ist; bei der einfachen Kranioklastwirkung spricht das Federn des Instrumentes, die Beckenkrümmung und besonders die grossen Gefahren einer Verletzung des unteren Uterinsegments und der Vagina durch scharf vorspringende Zähne des gefensterten Blattes im Falle eines Abrutschens des Instruments, wenn es von einem Ungeübten geführt wird, gegen die allgemeine Verwendung des Instruments. Verf. glaubt daher nicht, dass es, wenigstens in seiner jetzigen Form, den Kranioklast von C. v. Braun verdrängen wird.

4) G. Leopold: Die Symphyseotomie in den deutschen Kliniken. — Unter diesem Titel hat G. Surdi die Eindrücke geschildert, welche

er auf seiner jüngsten Reise durch Deutschland im December 1898 bei einem Besuch mehrerer Kliniken über die Anwendung der Symphyseotomie gewonnen hat. Er beklagt sich über die Opposition, welche in der Mehrzahl der deutschen Kliniken der Symphyseotomie noch heute entgegengebracht werde und sucht durch die Erzählung von zwei Geburtsfällen, welche er in einer dieser Kliniken zufällig als Gast gesehen hat, darzulegen, mit welchem Unrecht man in Deutschland immer noch die Perforation des lebenden Kindes anwende, anstatt dasselbe durch die Symphyseotomie zu retten. L., aus dessen Klinik S u r d i die beiden Fälle publicirt hatte, zeigt nun an der Hand der Protocolle seiner Klinik, dass S u r d i die Fälle vollständig entstellt wiedergegeben hatte und dass die Perforation der im Absterben begriffenen Kinder durchaus indicirt war.

5) G. K o l i s c h e r (Chicago): Pericystitis in puerperio. — Unter diesem Titel beschreibt K. eine Krankheitsform im Spätwochenbett, die nach seiner Angabe in der Literatur noch wenig oder gar keine Beachtung gefunden hat. Der Verlauf ist gewöhnlich folgender: Nachdem Pat. schon längere Zeit über die Nothwendigkeit des Pressens beim Uriniren geklagt haben oder durch ungewöhnlich lange Zeit hatten katheterisirt werden müssen, und eine leichte Empfindlichkeit der Unterbauchgegend bestanden hat, tritt plötzlich Fieber auf. Bisweilen leitet sogar ein Schüttelfrost die Erkrankung ein. Durch bimanuelle Untersuchung findet man zunächst in der Blasengegend einen scheibenförmigen, harten Tumor, von dem der Uterus nicht abzugrenzen ist. Der Tumor liegt der vorderen Bauchwand knapp an und ist besonders an seiner Vorderfläche gegen Druck empfindlich. Die interne Untersuchung der Blase ergiebt, dass die Capacität derselben nicht wesentlich beeinträchtigt ist, wohl aber ist das ganze Organ in die Länge gezogen. Cystoscopisch findet man, dass, während das Trigonum und die hintere Blasenwand normal erscheint, die Schleimhaut der vorderen Wand gequollen, ödematös und mit punktförmigen Ecchymosen durchsetzt ist. Bisweilen combinirt sich diese Pericystitis mit puerperaler parametraner Cellulitis; das sind dann jene Fälle, bei denen man nach operativem Eingriff und Durchwühlens des Exsudats plötzlich mit dem Finger ins Blasencavum geräth. Die Therapie besteht in Bekämpfen des Schmerzes durch Anwendung von Ichthyolsuppositorien; durch Application von heissen Cataplasmen auf die Unterbauchgegend und durch heisse Ausspülungen der Blase glaubt Verf. die Resorption beschleunigt und so den Krankheitsverlauf abgekürzt zu haben.

6) O. Th. L i n d e n t h a l: Ueber die Diagnose und Behandlung der abnormen Haltung der Extremitäten bei Gesichtslage. (Aus der 1. Universitäts-Frauen-Klinik des Herrn Prof. Friedrich Schauta in Wien.) — Unter abnormer Haltung der Extremitäten bei Kopflage findet man in den modernen Lehrbüchern der Geburtshülfe stets die Vorlagerung der Extremitäten bei stehender, den Vorfall derselben bei gesprungener Blase verzeichnet. Einer Art der abnormen Haltung, nämlich der Lagerung der oberen Extremitäten nach hinten an den Rücken der Frucht, wird nicht Erwähnung gethan. Der Grund hierfür liegt wohl in der ausserordentlichen Seltenheit des Befundes. Verf. beschreibt nun 4 derartige Fälle. Bezüglich der Diagnose bezeichnet er als wichtigstes Mo-

ment Folgendes: Wenn die Diagnose der Gesichtslage durch den Nachweis der abnormen Einstellung des Kopfes, ferner durch das Vorhandensein der grösseren Resistenz, der kleinen Theile und der kindlichen Herztöne auf derselben Seite sicher gestellt ist und wenn auch die innere Untersuchung die Deflexionslage bestätigt, wenn schliesslich unter solchen Umständen kleine Theile überdies auch auf der Seite der geringeren Resistenz zu tasten sind, dann kann es keinem Zweifel mehr unterliegen, dass die in Frage stehende abnorme Haltung der Arme bei Gesichtslage besteht. Diese abnorme Haltung der oberen Extremitäten bei Gesichtslagen erfordert, wenn die räumlichen Verhältnisse normal sind, überhaupt keine besondere Therapie. Sollte sich aber nach dem Blasensprung der Kopf ungünstig einstellen, oder handelt es sich um ein plattes Becken, so hält L. die Wendung für die richtige Therapie.

7) F. Ahlfeld: Ein Nachwort zur Puerperalfieberdebatte des letzten Gynäkologencongresses. — A. stellt den Aussprüchen der meisten übrigen Autoren folgende Sätze gegenüber und bittet die Fachcollegen, nicht durch die Ergebnisse der Berliner Verhandlung in der Werthschätzung des Alcohols sich irre machen zu lassen: Die Heisswasser-Seifen-Alcoholdesinfection der Hand ist das einzige Mittel unter den üblichen Desinfectionsmethoden, um die Hand bis in eine Tiefe der Haut steril zu machen, dass ohne Gefahr einer Keimübertragung nicht nur eine geburtshülfliche Untersuchung, sondern selbst eine länger dauernde geburtshülfliche Operation vorgenommen werden kann. Der Alcohol ist, entgegen der Annahme Kroenig's, ein Desinficienz, das die bei der Wundinfection zumeist in Frage kommenden Bacterien binnen Kurzem abtödtet, sobald die Microorganismen im Zustand wässeriger Durchfeuchtung sich befinden.

SITZUNGSBERICHTE.

Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft.

17 West 43. Strasse.

(Schluss des Sitzungsberichtes vom 3. April 1899.)

Dr. R. Stein:

ERFAHRUNGEN UEBER APPENDICITIS. (Anderwärts veröffentlicht.)

Präs. Dr. H. G. Klotz: Wir müssen die Discussion über den gehörten Vortrag auf die nächste Sitzung vertagen. Dieselbe fällt auf den ersten Mai. Da indes an dem Tag mehrere von den Herren, welche sich zur Discussion über den Vortrag gemeldet haben, verhindert sind, so möchte ich anheim stellen, die Sitzung unter Suspension der Nebengesetze, welche vorschreiben, dass die Sitzungen immer am ersten Montag des Monats stattfinden sollen, am zweiten Montag, den 8. Mai, abzuhalten.

Die Versammlung beschliesst demgemäss.

Ich habe ferner mitzutheilen, dass seit der letzten Sitzung unser Mitglied Dr. Sigismund Waterman gestorben ist, und ich ersuche Sie, sich zum Andenken des Verstorbenen von Ihren Sitzen zu erheben. (Geschieht.)

Ihre Resignation eingereicht haben: Drs. H. Haubold, A. Michel und B. Gordon.

Die Versammlung beschliesst, die Resignationen anzunehmen.

Schluss und Vertagung.

Dr. John A. Beuermann, Prot. Secretär.

Montag den 8. Mai 1899.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz eröffnete die Sitzung um halb neun Uhr.

Secretär Dr. A. Rose verliest in Abwesenheit des Sec. Dr. John A. Beuermann das Protokoll der letzten Sitzung, welches angenommen wird.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Dr. Jul. Wolff:

ZWEI FAELLE VON EINSEITIGER ANGEBORENER ABDUCENSLAEHMUNG MIT RETRACTIONS- UND PROTRUSIONSBEWEGUNGEN DER AUGEN.

Ich bedaure sehr, dass der andere Fall nicht erschienen ist, aber die Fälle sind einander so ähnlich, dass dieser eine Fall allein den Befund sehr gut darstellt. Es handelt sich um eine sehr interessante und eigenthümliche angeborene Störung in der Beweglichkeit des rechten Augapfels. Wenn Sie die Patientin betrachten während sie geradeaus sieht, dann sehen Sie, dass das rechte Auge in der Ruhestellung etwas nach aussen abgelenkt ist und die rechte Lidspalte etwas kleiner ist als die linke. Wenn nun die Patientin aufgefordert wird nach rechts zu sehen, so macht das rechte Auge gar keine Bewegung nach aussen, das linke folgt ganz nach innen. Es ist also ein Ausfall der Thätigkeit des Rectus externus vorhanden. Das ist allerdings häufig genug, nämlich eine angeborene Abducenslähmung. Wenn ich aber das Mädchen auffordere nach links zu sehen, so bemerken Sie, dass das rechte Auge sich gar nicht nach innen bewegt, sondern dass statt dessen das Auge in die Orbita zurückgezogen wird, und zwar ganz beträchtlich, ungefähr 6 mm. Ich habe das Lid bei dieser Prüfung in die Höhe gehalten. Wenn ich aber das Lid gehen lasse und sie dann auffordere nach links zu sehen, dann sehen Sie, dass das Auge sich fast schliesst. Das Lid verliert durch das Zurücksinken des Auges in die Augenhöhle vollständig seine Stütze und fällt daher herab. Es handelt sich nicht um eine associirte Zusammenziehung des Orbicularis, wie Prof. Gräf einmal in einem ähnlichen Fall geglaubt hat. Ich glaube, er hat diese Zurückziehung des Auges übersehen. Ferner wenn die Patientin aufgefordert wird, nach der rechten Seite hinzusehen, so erweitert sich die rechte Augenspalte; also es erfolgt gerade das Entgegengesetzte von dem was stattfindet, wenn die

Patientin nach links sieht. Dadurch wird das Augenlid gehoben. Es ist dies ein sehr seltener Befund. Ich habe nicht mehr als 4 oder 5 Fälle in der Uebersicht der Literatur finden können, und es ist interessant den Versuch zu machen, dieesen Befund zu erklären. Man könnte sagen, dass es sich einfach um Abducenslähmung handle und gleichzeitig um mangelhaften Ansatz des Internusmuskels in dem Sinne, dass er zu weit hinten am Augapfel sich ansetzt, aber das ist, glaube ich, eine forcirte, nicht wahrscheinliche Erklärung. Viel wahrscheinlicher kommt mir die Erklärung vor, die Türk in Berlin gegeben hat, der einen ganz analogen Fall wie diesen vor Kurzem beschrieben hat. Er sagt, dass der Rectus externus durch einen unnachgiebigen, sehnigen Strang ersetzt ist, also dass keine Muskelelemente vorhanden sind. Solche Befunde sind auch bei Schieloperationen constatirt worden. Selbstverständlich kann deshalb das Auge nicht nach aussen bewegt werden. Wenn das Auge versucht, sich nach innen zu drehen, so hindert dieser Strang den Rectus internus an der Ausübung seiner Funktion, und es entsteht dann ein Zug von hinten an beiden Seiten des Bulbus, am Ansatz des unnachgiebigen Stranges und des Rectus internus, so dass das Auge natürlicher Weise nur nach hinten nachgeben kann.

Die Patientin hat offenbar von diesem Zustand Beschwerden. Sie klagt über sehr häufige Kopfschmerzen, und als ich sie vor Kurzem in der ophthalmologischen Sektion hier zeigte, hatte sie am nächsten Tage von den wiederholten Versuchen, das Auge nach links zu drehen, sehr heftige Kopfschmerzen. Ich glaube, dass dadurch die Indication gegeben ist, die Conjunktiva wenigstens zu öffnen, dadurch die Diagnose zu bestätigen und dann diesen unnachgiebigen Strang, den ich hier vermuthe, zu trennen und die Patientin dadurch einigermassen wenigstens von ihren Beschwerden zu befreien. (Besichtigung der Patientin.)

Dr. J. W. Gleitsmann:

1. NACH 18-MONATLICHER BEHANDLUNG GEHEILTER FALL VON PRIMAERER PHARYNX- UND LARYNX-TUBERCULOSE. (Ist in No. 5 dieser Monatsschr. publicirt.)

2. PATIENT MIT ANEURYSMA DER AORTA.

Der Patient ist früher schon einmal hier vorgestellt und auch in anderen Gesellschaften gesehen worden. Er ist in der letzten Zeit mit Gelatineinspritzungen behandelt worden, aber es ist keine Besserung eingetreten. Die Geschwulst ist vielmehr gewachsen, und deshalb glaube ich, ihn noch einmal vorstellen zu sollen. (Besichtigung.)

Dr. A. Reich:

FALL VON CHYLURIE.

Patient ist in St. Croix, W. I., geboren; 23 Jahre alt; lebte hier meistens auf dem Lande; mit seinem 16ten Jahre kam er nach Brooklyn, wo er seit der Zeit als Maschinist beschäftigt ist. Familiengeschichte negativ. Er will niemals ernstlich krank gewesen sein; bis vor 2 Jahren bemerkte er, dass sein Urin mehr weiss war, als der seines Collegen und zeitweise kam auch Gerinsel mit dem Urin, welches an einer Spitze röthlich verfärbt war. Er ging zu einem Arzt und sein Leiden besserte

sich temporär, um später wiederzukehren. Vor einer Woche kam er nun zu mir mit der Angabe, dass er ein Blasenleiden hätte, der Urin soll weiss sein, und dass er aber nur 3 bis 4 Mal täglich und niemals Nachts zu uriniren brauche. Die erste Urinprobe um 6 Uhr Abends ist fast normal aussehend mit einem leichten Schimmer in's Weisse. Sp. Gw. 1012, etwas sauer; Microsc. einige rothe und weisse Blutkärperchen. Im Allgemeinen fühlt er sich vollständig normal. Die Untersuchung ergiebt auch normalen Befund der Brust- und Bauchorgane, sowie auch der Genitalien. Keine Drüsen, nur ein harter Knoten ist fühlbar im mittleren Theile des rechten Oberschenkels über dem Lymphstrang der die Saph. interna bedeckt.

Die zweite Urinprobe am folgenden Abend um 10 Uhr, nachdem Patient zwei Stunden geruht hatte. Sp. Gw. ist neutral. Milchweiss, wird beim Stehen gelblich, bildet nur wenig Bodensatz, enthält viel Eiweiss. Keinen Zucker, keine Peptone. Microscopisch Erythrocyten, Leucocyten, granulirte Substanz und Epithelien von der Harnblase, sowie todte Filaria.

Blutuntersuchung. — Filaria S. Hom., welche sich getrocknet mit Eosin und Methylenblau schön blau färben lassen.

Hier möchte ich zugleich von der Patientin sprechen, die ich letztes Jahr vorstellen wollte. Sie war eine Negerin, in Süd-Carolina geboren und klagte über schmerzhaftes Uriniren. Bei ihr coagulirte sich der Urin in der Harnblase, war durch die zurückgebliebenen Massen zersetzt und roch vor der Behandlung stark ammoniakalisch. Sonst war auch sie vollständig gesund.

Discussion. Dr. Louis Heitzmann: Derartige Fälle, wie Dr. Reich soeben einen vorgestellt hat, sind hier in der Stadt gerade nicht häufig, aber auch nicht selten. Ich habe in den letzten zehn Jahren Gelegenheit gehabt, 6 oder 7 solcher Fälle zu sehen. Das Präparat des Dr. Reich habe ich noch nicht gesehen, muss aber sagen, dass nach dem Aussehen des Harns zu urtheilen, dieser nicht gerade characteristisch ist. Die Fälle von Chylurie — und das Wort Chylurie bedeutet nichts weiter als Milchharn — sehen manchmal wirklich so aus, dass wir glauben trübe Milch vor uns zu haben. In allen diesen Fällen ist mehr oder weniger Hämaturie vorhanden, so dass Coagula, wie sie Dr. Reich beschrieben hat, die aus Fibrin und Blut bestehen, immer vorhanden sind. Diese Coagula sind manchmal enorm gross, so gross zuweilen, dass ich in einem Fall die Flasche zerbrechen musste, um die Coagula herauszubekommen. Diesen Fall bekam ich im letzten August zu Gesicht. Es handelte sich um einen 33jährigen Mann, der in Porto Rico geboren war, aber neun Jahre lang hier im Lande lebte. Vor drei Jahren ging er wieder nach Porto Rico zurück, und zwar auf zwei Wochen. Erst zwei Monate nachdem er wieder hier in der Stadt war, bemerkte er Milchharnen. Er wurde damals, ich weiss nicht von wem, behandelt; das Milchharnen verschwand, und er blieb zwei Jahre vollkommen gesund. Während der ganzen Zeit war er hier in der Stadt, und plötzlich wurde der Harn wieder trübe. Der Mann magerte zusehends ab. Er war sonst gesund und konnte bei der Untersuchung nichts gefunden werden, als eine vergrösserte Leber. Aber der Harn bot ein Bild, das durchaus charakte-

ristisch ist. Unter dem Microscop fand man viele Fibringerinsel, wie sie eben beschrieben wurden, und eine Anzahl von Filaria. In allen diesen Fällen ist mehr oder weniger Cystitis und Pyelitis vorhanden. Das Blut dieser Fälle habe ich weniger Gelegenheit gehabt zu untersuchen, als den Harn, und ich glaube sagen zu können, dass man in den meisten Fällen nicht nur im Morgenharn, sondern auch zu anderen Tageszeiten die Filaria findet.

Dr. Gustav Langmann: Diese Fälle von Filaria sind ja meist als aus dem Süden herstammend bekannt. Es ist jedenfalls dort der Heimathsort dieser Parasiten. Es ist mir im letzten Sommer vorgekommen, als ich zu einem anderen Zweck Frösche untersuchte, dass von vier Bull Frogs, die, wie man mir sagte, auf Long Island gefangen waren, drei in reichlicher Anzahl Filarien im Blut enthielten. Es giebt allerdings Filarien verschiedener Art. Sie sind im Süden nicht so selten. Aber da die Parasiten auch in unserer Nachbarschaft und vielleicht im Trinkwasser existiren, so darf ich gewissermaassen zur Warnung anführen, dass möglicherweise auch hier eine directe Uebertragung auf menschliche Individuen stattfinden könnte.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz: Nach der Bestimmung unserer Nebengesetze hat das Unterstützungscomité unserer Gesellschaft in der Mai-Sitzung Bericht zu erstatten und ich ertheile zu dem Zweck Herrn Dr. Gleitsmann das Wort.

Dr. J. W. Gleitsmann verliest zunächst den Bericht des Schatzmeisters und bemerkt sodann: Ich möchte auch heute wie bei früheren Veranlassungen die Mitglieder darauf aufmerksam machen, dass die freiwilligen Beiträge, auf welche das Unterstützungscomité eigentlich angewiesen ist, äusserst spärlich fliessen. Es sind in diesen 5 Monaten, vom 1. December bis zum 1. Mai, nur $35 von 5 Mitgliedern eingegangen. Da wir vorigen Herbst grössere Auslagen hatten, so erklärte sich die Gesellschaft bereit, uns $300 zuzuschiessen, sonst würde das Unterstützungscomité auf einer Basis von $100 arbeiten müssen. Das war aber nicht die Absicht als der Verein gegründet wurde. Es war vielmehr die Absicht, dass dasselbe durch freiwillige Beiträge von Mitgliedern erhalten werden sollte. In der heutigen Sitzung des Comités wurde angeregt, dass die Mitglieder im Herbst zugleich mit dem Programm eine Aufforderung zur Beisteuer erhalten sollten. Das Comité glaubte, dass der Herbst eine bessere Zeit dafür sei, als der nächste Monat Juni. Es wurde im Comité darauf hingewiesen, dass auch die kleinsten Beiträge, wenn sie nur regelmässig gegeben werden, äusserst willkommen sind. Es wäre sehr wünschenswerth, dass eine grössere Zahl, ja die Mehrzahl der Collegen, sich zu regelmässigen Beiträgen von vielleicht $1 jährlich verpflichten würden, dann könnte das Unterstützungscomité gut bestehen, ohne sich je an die Gesellschaft wenden zu müssen. Eine solche Bitte wird Ihnen also im Oktober zugehen.

Die Versammlung beschliesst, den vorstehenden Bericht des Unterstützungscomités entgegenzunehmen.

Dr. Henry J. Wolf:

ERFAHRUNGEN UEBER APPENDICITIS. (Ist in No. 6 dieser Monatsschrift publicirt.)

Discussion über die Vorträge der Herren Drs. R. Stein und Henry J. Wolf.

Dr. J. Kaufmann: Es ist sehr dankenswerth zu begrüssen, dass die operative Behandlung der Appendicitis hier auch einmal von Seiten der practischen Aerzte zur Discussion gestellt wird, und ich bin der Aufforderung der Herren Vortragenden, die Einleitung zur Discussion zu übernehmen, um so lieber nachgekommen, als ich glaube, dass noch manche Frage, die hierher gehört, der Klärung bedarf, so viel auch bereits über dieses Thema discutirt worden ist. Die beiden Herren Vortragenden stehen auf dem Standpunkt, der von den Chirurgen im Allgemeinen vertreten wird. Wenn man ihnen auch im Grossen und Ganzen darin beistimmen kann, so verlohnt es sich doch der Mühe, auf einzelne Fragen hier spezieller einzugehen. Soll bei solchen Besprechungen etwas gewonnen werden, so muss man die Fragestellung zur Discussion richtig formuliren. Es sollte nicht heissen: Soll man bei Appendicitis operiren oder nicht? denn wir sind uns ja wohl darüber einig, dass in einer grossen Zahl der Fälle die operative Behandlung nothwendig ist. Die Fragestellung kann vielmehr nur so lauten: Welche Fälle soll man operiren, und zweitens, was nicht minder wichtig ist: Wann sollen diese Fälle operirt werden? Eigentlich fällt die Beantwortung der beiden Fragen zusammen, denn wer unbedingt für möglichst frühzeitige Operation eintritt, der wird natürlich alle Fälle operiren lassen. Gewöhnlich wird zur Begründung dieses extremen Standpunktes angeführt, dass, wie auch Dr. Wolf heue Abend hervorgehoben hat, die Diagnose dessen, was vorliegt, im Beginn schwierig sei. Es wird betont, dass auch ein schwerer Anfall durchaus unter den Erscheinungen einer leichten Erkrankung einsetzen könne, so dass man zu Anfang niemals in der Lage sei, zu sagen, ob der betreffende Fall ein leichter oder schwerer sei, dass sich ferner aus jedem zu Anfang leichtem Falle ein schwerer Process entwickeln könne. So richtig diese Betrachtungen an sich auch sind, und so nothwendig es ist, sie in jedem Einzelfall anzustellen, so geben sie doch nicht die Berechtigung zu einer so allgemein gehaltenen Indikation für die frühzeitige Operation aller Fälle. Denn bei sorgfältiger Ueberwachung des Patienten wird man sich bald darüber klar werden, ob der anscheinend leichte Fall in Wirklichkeit ein schwerer ist und dann dementsprechend handeln, und was den Uebergang eines leichten Processes in einen schweren angeht, so kommt das sicher vor, aber die Regel ist es durchaus nicht. Was man auch sonst gegen die statistischen Erhebungen einwenden mag, das eine ist durch dieselben doch sicher gestellt, dass es eine gewisse Anzahl von Fällen giebt, die unter zweckentsprechender interner Behandlung ausheilen, auch noch nachdem Recidive eingetreten sind. Ich möchte hier speciell auf die von Kleinwächter in Breslau veröffentlichte Statistik hinweisen, der über alle während eines Zeitraums von 15 Jahren auf der Klinik Biermer's intern behandelten Fälle 7 Jahre nach Ablauf dieser Periode Erkundigungen eingezogen hat und feststellen konnte, dass die Mortalität in allen in Betracht kommenden Fällen eine sehr geringe ist. Es kann nicht meine Aufgabe sein, die der Kürze halber als leicht bezeichneten Fälle anatomisch und klinisch abzugrenzen. Ich möchte aber Herrn Dr. Stein beistimmen, der

in seinem Vortrag seine Fälle zweckmässig in Gruppen eingetheilt hat und halte es für durchaus geboten, die Frage des operativen Eingriffs für diese verschiedenen Gruppen besonders zu betrachten. Und da ist unbedingt daran festzuhalten, dass es eine Gruppe leichter Fälle giebt, die unter zweckmässiger interner Behandlung ausheilen und deshalb des operativen Eingriffe nicht bedürfen. Für diese selbe Gruppe von Fällen ist dann die weitere Indication aufgestellt worden, dass falls nicht während des Anfalls operirt wurde, nach Ablauf desselben der Appendix zu entfernen sei, um das spätere Auftreten schwerer Anfälle zu verhüten. Im einzelnen Fall angestellt ist diese Indication durchaus zu billigen. Wo Schmerzhaftigkeit in der Coecalgegend zurückbleibt, bald und öfter Recidive leichter Fälle auftreten, ist die Entfernung des erkrankten Appendix im freien Interval sicher oft das beste Verfahren. Aber auch hier ist die allgemein gehaltene Indication, dass die Entfernung des Appendix in allen Fällen zu geschehen habe, viel zu weitgehend. Wie schon gesagt, es heilt ein Theil der Fälle auch ohne operativen Eingriff aus, und wenn man schon mit Möglichkeiten rechnet und hervorhebt, dass nach Ablauf eines leichten Falles später doch vielleicht ein schwerer Anfall sich entwickeln könne, so muss man bei der Abwägung auf der anderen Seite die Gefahren und Nachtheile der Operation in die Waagschale werfen, und diese sind doch durchaus nicht gleich null.

Für die Gruppe von Fällen mit Tumor- und Abscessbildung wird ja der operative Eingriff allgemein für angezeigt gehalten. Aber über die Wahl des besten Zeitpunktes für die Operation herrscht noch keineswegs Uebereinstimmung. Sie wissen, dass namentlich von Seiten deutscher Chirurgen gerathen wird, wenn möglich abzuwarten, bis sich der Abscess abgekapselt, diesen dann einfach zu eröffnen und eventuell später im fieberfreien Stadium den Appendix zu entfernen. Wie mir scheint, neigt auch ein Theil der hiesigen Chirurgen jetzt mehr diesem Verfahren zu. Dr. Stein hat allerdings in seinem Vortrag gemeint, man habe hier eher Angst zu spät als zu früh zu operiren. Er hält das deshalb für begründet, weil die Fälle hier im Ganzen schwerer verlaufen. Wahrscheinlich in Folge schwererer Infection. Es mag wohl sein, dass bei einem Theil der Fälle schwerere Infection eine Rolle spielt. Ich möchte aber Ihre Aufmerksamkeit auf einen anderen Punkt hinlenken, der den schweren Verlauf für einen Theil der Fälle hier erklären mag. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass hier zu Lande die strenge Opiumbehandlung, wenn auch literarisch genügend bekannt, in der Praxis doch selten ausgeführt wird, während sie in Deutschland allgemein üblich ist. Diese strenge Opium-Behandlung bezweckt die absolute Ruhigstellung des Darms. Durch die hier mehr gebräuchliche Morphininjection wird nicht dasselbe erreicht, wie durch Opium. Aber man muss das Opium continuirlich in grossen Dosen geben, auch dann wenn absolut über keinen Schmerz mehr geklagt wird. Ferner ist erforderlich absolute Nahrungsenthaltung. Die Gefahr der Entkräftung durch Nahrungsentziehung für einige Tage ist nicht gross und jedenfalls kleiner, als die der Peritonitis. Schliesslich muss man von vorne herein davon absehen, Stuhlentleerung herbeiführen zu wollen, auch nicht durch Clystire, was hier allgemein üblich ist. Man sollte in allen Fällen, auch in den leichtesten,

diese strenge interne Behandlung anwenden, auch dann, wenn man dem operativen Verfahren geneigt ist und im gegebenen Fall beabsichtigt eine Operation ausführen zu lassen. Ich glaube, wenn das allgemein geschieht, dass dann mancher leichte Fall ein leichter bleiben wird, und dass man auch in schweren Fällen mit etwas mehr Ruhe, als es bisher üblich ist, den besten Zeitpunkt für den operativen Eingriff wird abwarten können.

Dr. S. Baruch: Es ist für mich eine beruhigende Erfahrung, eine Discussion über Appendicitis hier von Internisten eingeleitet zu finden. Ich glaube, diese Bewegung ist jetzt auf dem richtigen Wege. Sie ist es, die ich mir vor 15 Jahren zur Aufgabe machte. Erlauben Sie mir, zur Entwickelungsgeschichte dieser Krankheit durch die folgenden Mittheilungen etwas beizutragen, was hoffentlich auch von praktischem Nutzen sein wird.

Im Sommer 1881 hinkte ein starker junger Mann in mein Sprechzimmer, über Rheumatismus in der rechten Hüfte klagend. Eine genaue Untersuchung entdeckte Perityphlitis, wie wir diese Krankheit damals nannten. Temperatur hoch, Puls beschleunigt, starker Empfindlichkeitspunkt in der rechten Regio inguinalis u. s. w. Ich gab eine ungünstige Prognose. Dr. Francis Delafield wurde zur Consultation gezogen Blutegel lokal, Umschläge, Morphium, wurden secundem artem verordnet. Patient starb in drei Tagen mit Symptomen der Perforation und Sepsis.

Im Winter 1883 wurde ich zu einem zwölfjährigen Knaben um 9 Uhr Morgens gerufen. Diagnose: Perityphlitis, ungünstige Prognose, Consultation aber so spät von der Familie angenommen, dass Dr. A. Jacobi den Patienten erst um 8 Uhr Abends mit mir besuchte. Während ich dem Collegen die Anamnese mittheilte, muss eine Perforation stattgefunden haben, weil, wie wir ans Bett traten, der Patient kollabierte. Exitus letalis in zwei Stunden. Behandlung war die damals bevorzugte: Morphium, Enemata, warme Umschläge.

März 1884. Patient war ein elfjähriger Knabe. Diagnose: Peritonitis, welche Dr. Alfred Loomis, der z r Consultation gezogen wurde, bestätigte. Behandlung: Warme Umschläge, Morphium. Patient lebte fünf Tage. Einige Stunden vor seinem Tode wurde Dr. Leonhard Weber consultirt, der eine Explorations-Operation vorschlug. Letztere wurde wegen des verzweifelten Zustandes des Patienten nicht angenommen.

Ausser diesen drei fatalen Fällen begegnete ich einigen weniger deutlich ausgeprägten, die unter der jetzt besser verstandenen Diagnose als Appendicitis behandelt werden würden. Einer von diesen war ein wohlbekannter Arzt, der in seinem ersten Anfall in 1883 von Dr. Hackley und Dr. Lands im Consilium behandelt wurde. Von einer Operation war keine Ahnung. Dieser Herr hat seit damals zwei andere Anfälle durchgemacht, ist aber ganz hergestellt.

Bald nach meinem letzten letalen Fall, den ich in mein Buch kurz einschrieb, übersah ich alle meine sogenannten Fälle von Perityphlitis und entschloss mich, solche Fälle in der Zukunft als dringliche zu betrachten, da die regelrechte medicamentöse Behandlung solch' traurige

Aussicht darbot. Vier Jahre verflossen, ehe ich diesen Entschluss zu einer Realisirung bringen konnte.

Im Februar 1888 wurde ich zu einem elfjährigen Knaben gerufen, der angeblich an verdorbenem Magen einige Stunden gelitten hatte. Eine genaue Untersuchung ergab eine klar ausgeprägten Appendicitis. Meine Diagnose und Prognose wurden mit grossem Erstaunen von der Mutter empfangen. Als ich ihr sagte, dass, wenn in 24 Stunden keine Besserung eintreten würde, eine Operation nöthig sein würde, sagte sie mir, dass der Junge schon oft solche Anfälle gehabt hätte. Damals wusste Niemand von den recurrirenden Fällen, die jetzt glücklich in den Intervallen operirt werden. Am nächsten Tage war Patient zwar etwas besser. Nach Enema fühlte er sich bedeutend besser, und Morphium war nicht nöthig. Dennoch war ich mit seinem Zustande nicht zufrieden, weil Symptome, die ich später als pathognomisch kurz besprechen werde, sich entwickelt hatten. Dr. H. B. Lands wurde zum Consilium gezogen. Zu meinem grössten Erstaunen schlug er eine Operation ab, „weil Patient einen septischen Ausdruck hatte." Einen Medianschnitt zur Reinigung der Peritonealhöhle würde er zwar nicht vorschlagen, aber da ich auf eine Operation stark drang, würde er eine solche Operation, die einzige die gerechtfertigt werden könnte, betrachten. Ich schlug diese ab, da ich meiner limitirten Erfahrung gemäss nicht mit der Diagnose von Sepsis einverstanden war. Mit Einwilligung des Collegen Lands wurde Dr. W. T. Bull zum Consilium gezogen, welcher wie ich selbst für die laterale Operation plädirte. Diese wurde von Dr. Lands, assistirt von Dr. Hartley und mir selbst, ausgeführt. Ein kleines Fäkalkonkrement lag in einer Perforation im Apex des geschwollenen Appendix, und ungefähr ein theelöffevoll Eiter in seiner unmittelbaren Nähe. Nach Abtrennung des Appendix unter antiseptischen Kautelen, Reinigung etc. wurde eine Glasdrainage und Gazetampon angelegt u. s. w. Patient war in drei Wochen hergestellt.

Dieser Fall ist historisch wichtig, weil Dr. Sands ihn als den ersten veröffentlichte, in dem die Operation frühzeitig genug stattfand, den Patienten zu retten in einem Perforations-Fall. Früher starben solche Patienten, wenn nicht ein Abscess sich bildete, der entweder künstlich oder spontan entleert wurde. Seit diesem epochemachenden Fall hat sich die frühzeitige Operation „das Bürgerrecht verschafft." So stark war ich von diesem und anderen Fällen überzeugt, dass ich keine Gelegenheit vernachlässigte, den chirurgischen Character der Appendicitis meinen Collegen einzuprägen.

Meine ziemlich ausgedehnte Erfahrung lehrt:

1. Die pathognomischen Symptome der Appendicitis sind (a) ausgeprägter Schmerz in der rechten Inguinalgegend, der überhaupt bei Männern ganz pathognomisch ist; (b) erhöhte (nicht sehr hohe) Temperatur, beschleunigte Respiration; (c) Proportion der Respiration zum Puls ähnlich desselben in Lungenentzündungen; (d) kalte Nasenspitzen und Ohrenläppchen, wenn Perforation droht oder gegenwärtig ist.

2. Die Diagnose kann und muss genau gestellt werden.

3. Wenn die Diagnose klar ist, soll der Fall chirurgisch behandelt werden.

Ich nehme diesen scheinbar extremen Standpunkt ein, weil die Gefahr einer aseptischen Operation minimal ist, wenn sie mit der Gefahr einer vernachlässigten (aufgeschobenen) Appendicitis verglichen wird. Unnöthige Operationen dieser Art sind meines Wissens noch nie fatal abgelaufen. Wie anders es mit aufgeschobenen Fällen steht, weiss Jeder.

4. Die Prognose dieser Krankheit wird bedeutend günstiger mit dem Fortschritt in der Diagnose und der Erkenntniss seines chirurgischen Characters. Die heutige Discussion wird ein wichtiger Beitrag sein. Dass ich nicht unbedingt auf die Operation immer dringe, ist von einem Falle bewiesen, in dem ich sie abschlug, obgleich sie von einem berühmten Chirurgen vorgeschlagen war, dem ich meiner hohen Schätzung wegen nachgab. Nachdem alle Vorbereitungen zur Operation getroffen waren und Patientin anästhesirt war (in der Gegenwart von Drs. Rodenstein und Alexander), untersuchte der chirurgische College wieder per Vaginam und Rectum und operirte nicht. Patientin war in drei Tagen hergestellt — nachdem Menstruation eintrat.

Dass die Morphiumbehandlung, wie der College Kaufmann uns gesagt hat, in Deutschland viel im Gebrauch ist, wundert mich sehr. Sie ist in Amerika von Alonzo Clark für Peritonitis erfunden worden, aber ihre Gefahr ist so genau beobachtet worden, dass wir sie ganz aufgegeben haben, und ich hoffe, dass Niemand sie wieder ins Leben rufen wird. Sie verdunkelt die Diagnose.

Dr. S. J. Meltzer: Ich meinerseits habe gegen den Standpunkt und die Auseinandersetzungen der Herren Drs. Stein und Wolf gar nichts auszusetzen, höchstens nur gegen die Bemerkung von Dr. Wolf, dass eine Verwechselung von Gallenblasenentzündung mit Appendicitis bei einem erfahrenen Arzt wohl schwerlich vorkommen könne. Ich kenne einen Fall, wo ein sehr bekannter Chirurg, der noch dazu eine ganz besondere Methode hat, den Appendix zu palpiren, die Diagnose mit Bestimmtheit auf Appendicitis gestellt hatte, und dennoch fand man bei der Operation nur ein Empyem der Gallenblase. Ich wende mich nun gegen die Ausführung von Dr. Kaufmann, der, wie manche andere, anführt, dass die Statistik doch beweise, dass die Sterblichkeit bei der sog. conservativen Behandlung eine sehr geringe ist; ich weiss nicht wie gering sie angeschlagen wird, sagen wir 1 oder 1½ Procent. Diese Statistiken werden von Klinikern gesammelt, nicht von deren Privat- und Familienpraxis, sondern von innern oder chirurgischen Kliniken. Nun, jeder von uns hat solche Erfahrungen, aus denen man sich eine Vorstellung machen kann, welchen Werth solche Statistiken haben. Ich will folgenden Fall zur Illustration herausgreifen: Eine Frau hatte einen nur mässigen Anfall von Appendicitis, die heftigen Schmerzen hielten nicht lange an, die Temperatur schwankte zwischen 100 und 101°, und der Puls ging auch nicht höher als 110. Nach zwei bis drei Tagen besserte sich der Gesammtzustand. Die Temperatur hielt indessen an und ich bestand darauf, dass die Patientin operirt werden sollte, weil sie schon vorher bereits 6 solche Anfälle gehabt hatte. Nun diese 6 Anfälle waren nicht alle hier in New York vorgekommen, sondern einmal erkrankte sie in Philadelphia, ein anderes Mal in Pittsburg u. s. w. Keine zwei Anfälle sind von einem und demselben Arzte behandelt worden.

Bei der Operation fand man einen grossen Abscess, der vorher weder durch Palpation noch durch sonstige Symptome zu erkennen war; der Abscess sass ganz tief nach hinten. Diese Frau ist also 6 Mal nach conservativer Methode behandelt worden, und jeder der Herren Collegen konnte die Statistik mit einem weiteren Fall bereichern zu Gunsten der conservativen Methode; dennoch hat diese Frau erst durch den chirurgischen Eingriff die richtige Hilfe erhalten. Wenn also uns die Hamburger Statistik erzählt, dass ein Mann da in Folge der conservativen Behandlung von Appendicitis curirt worden ist, so wissen wir erstens nicht, ob nicht derselbe Mann auch die günstigen Statistiken von noch anderen Städten machen half, und zweitens wissen wir nicht, ob nicht derselbe Patient schliesslich chirurgische Hilfe haben musste, und was noch schlimmer ist, diese Hilfe vielleicht nicht mehr haben konnte. Nun will ich damit nicht sagen, dass Appendicitis niemals durch eine sogen. conservative Behandlung definitiv curirt werden könne. Ich habe selber eine Anzahl solcher Fälle beobachtet. Im Jahre 1883 habe ich einen Mann gesehen, der damals von einem bekannten hiesigen Collegen wegen Blinddarmentzündung mit Einpinselung von Jodtinktur und Brustpulver behandelt worden ist. Der Mann wurde gesund. Im Jahre 1884 und 1885 habe ich die Anfälle dieses Mannes mit Opium und heissen Umschlägen, und in den späteren Jahren mit Eis behandelt, und er ist jedesmal gesund geworden. Dann habe ich ihn eine Zeit lang nicht gesehen. Im Jahre 1889, als ich diesen Mann wieder sah, sagte er mir, dass jetzt seine Behandlung eine viel einfachere wäre. Am Tage isst er Sauerkraut und Frankfurter und am Abend bekommt er eine Morphineinspritzung und wird immer wieder gut. Dabei waren die Anfälle ganz characteristisch: sehr heftige Schmerzen, hohes Fieber und oft auch eine palpable Geschwulst. Dieser Mann hat nun seit 1891 keinen Anfall mehr gehabt. Im Jahre 1890 und 1891 hatte ich ein kleines Mädchen unter Behandlung, die 3 Anfälle von ausgesprochener Appendicitis gehabt hatte. Die Temperatur ging jedesmal sogar bis zu 104° hinauf. Seit 1891 sind keine Anfälle wieder eingetreten. Ich habe ferner vor mehreren Jahren eine ältere Dame von 65 Jahren behandelt, die in einem Jahre zwei Anfälle hatte, das erste Mal hielt ich sie 8 Wochen, das andere Mal 6 Wochen im Bette. Ich habe sowohl Hitze als Kälte angewendet. Die Dame wurde gesund und hatte seitdem keinen Anfall mehr gehabt.

Ich erzähle das alles nur, um meine eigene Entwickelungsgeschichte darzustellen. Ich hatte damals den festen Glauben, dass die meisten Fälle unter conservativer Behandlung genesen können. Nur bei dem letzten Fall hatte ich mich entschlossen, einen Chirurgen zur Consultation hinzuzuziehen. Es war Ende Juni. Ich will nebenbei bemerken, es ist nicht immer rathsam, einen Chirurgen in den letzten Tagen des Juni zur Consultation zu rufen. Da sind die Chirurgen selber recht sehr zur conservativen Behandlung geneigt. Es wurde mir gerathen, abzuwarten und die Patientin wurde, wie gesagt, gesund. Nun, während diese Dame krank lag, sagte mir ihre Tochter, ich sollte einmal nach ihrem Bruder sehen, der hätte Leibschmerzen. Der Bruder wollte aber von nichts wissen und meinte, jeder, der ein bischen Leibschmerzen habe,

sollte jetzt gleich Appendicitis haben. Am nächsten Tag versicherte er mir nochmals, dass er ganz wohl sei. Nach 6 Monaten jedoch wurde ich eines Abends in aller Eile gerufen. Da hatte dieser Herr Erbrechen und Schüttelfrost gehabt, und die Temperatur stieg bis auf 103°. Er wurde bereits am nächsten Tag operirt, und es fand sich ein ziemlich grosser Abscess um den perforirten Appendix. Dieser Abscess und die Perforation sind doch wahrscheinlich nicht so plötzlich über Nacht gekommen, der Mann hat seine Appendicitis wahrscheinlich schon längere Zeit mit sich herumgetragen, und ich glaube, dass der vorhin erwähnte Leibschmerz, sehr wohl in Verbindung mit dem ernsten Ausgange gestanden hatte. Ich könnte eine grössere Anzahl von derartigen Fällen anführen, die mich dahin gebracht haben, mich schliesslich auf den Standpunkt zu stellen, den Dr. Kaufmann als extrem bezeichnet. Mein jetziger Standpunkt ist folgender: Sobald ich der Diagnose Appendicitis sicher bin, so arbeite ich darauf hin, dass der Patient operirt werden soll — früher oder später; er muss von der Gefahr und Sorge ein für alle Male befreit werden. Das blosse Ueberstehen des Anfalles befreit ihn von beiden nicht. Meine Fürsorge geht nur dahin, den Patienten und die Seinigen zu diesem Schritte zu bestimmen, und dann einen zuverlässigen Chirurgen auszuwählen. Die Bestimmungen der näheren Indicationen bezüglich der Zeit und der Operationsmethode u. s. w. überlasse ich wesentlich dem Chirurgen, der in diesen Punkten doch die Verantwortung trägt. Dieser Standpunkt hat natürlich Geltung nur für 9 Monate im Jahre und für solche Verhältnisse, wie wir sie in New York haben, wo wir eine grosse Auswahl ausgezeichneter Chirurgen besitzen. Wenn ich keinen zuverlässigen Chirurgen haben kann, da bin ich selber auch lieber conservativ. Ich will zufügen, dass ich bis jetzt noch keine Ursache hatte, meinen radicalen Rath, zu operiren und früh zu operiren, zu bereuen. Ich wiederhole, dass ich ganz auf dem Standpunkt der Collegen Stein und Wolf stehe, von dem ich glaube, dass es der Standpunkt ist, den wohl die meisten hiesigen beschäftigten Aerzte einnehmen.

Dr. F. Lange: Die Zeit ist schon vorgeschritten und ziemlich alles erörtert worden, deshalb will ich mir nur einige wenige Bemerkungen gestatten. Ich möchte doch etwas zum Troste desjenigen Arztes anführen, der, fern von einer grossen Stadt und auf sich selbst angewiesen, derartige Fälle zu behandeln hat. Ich habe ja mit vielen anderen Special-Collegen im Laufe der vielen Jahre, die ich practizirt habe, hunderte und hunderte solcher Fälle gesehen und operirt. Ich habe aber doch auch eine recht grosse Anzahl solcher Fälle gesund werden sehen und habe auch die Ueberzeugung gewonnen, dass in dem Maasse wie angenommen wird, eine Wiederholung der Krankheit nicht eintritt. In meiner eigenen Familie sind mehrere Fälle von Appendicitis vorgekommen, auf dem Lande, ziemlich fern von ärztlicher Hilfe, wo schliesslich, allerdings nach mehr oder weniger protrahirtem Leiden doch eine vollkommene Genesung eingetreten ist. Ich bin einmal in einer ärztlichen Versammlung gewesen, in der von einer Anzahl von Fach-Chirurgen die Sache besprochen wurde, und dann ein bewährter Kliniker auftrat und sagte: Ja, das ist alles recht schön, aber ich habe im Hospital principiell die letzten 15 Fälle ganz conservativ behandelt, und die sind doch

alle gesund geworden. Und wenn man die Statistik von solchen Leuten, die nicht auf dem unbedingten operativen Standpunkt stehen, liest, so muss man doch zu der Ueberzeugung kommen, dass der absolut operative Standpunkt nicht das ist, was immer absolut nothwendig ist. Wir müssen uns schon dazu bequemen, wenn wir lesen, dass von 417 Fällen, die in einem grossen Krankenhaus conservativ behandelt worden, doch gegen 400 genesen sind, dass eine ganze Anzahl von pathologischen Processen, die wir jetzt als nicht der Rückbildung fähig annehmen, rückbildungsfähig sind, und ich glaube, dass das gut möglich und denkbar ist, selbst in Fällen, wo schon Abscesse bestehen. Es ist mir auch schon vorgekommen, dass ich von einem Kranken fortgegangen bin und gesagt habe, „wenn der Kranke nicht operirt wird, muss er zu Grunde gehen, denn er hat den ganzen Bauch voller Eiter", und doch ist der Patient gesund geworden. Im Allgemeinen kann ich sagen, dass ich in 50 Procent der Fälle, die ich gesehen, zu Operation rieth und operirt habe. Ich habe mir sehr viel Mühe gegeben, die Fälle in Bezug auf operative Indication genau zu differenziren. Der Schwerpunkt des Fortschrittes in der modernen Auffassung der Appendicitis liegt in der möglichst frühen Operation derjenigen Fälle, welche schwerste Fälle werden können. Sind wir im Stande, diese Fälle einigermaassen zu umgrenzen? Wenn wir so viel Zeit haben, dass wir bis Ende der ersten Woche warten können, so sind das meist schon ziemlich einfache Fälle. Ich muss sagen, es imponirt mir auch nicht als so ausserordentlich gefährlich, wenn ein Fall angeführt wird, in dem ein Abscess da ist, in dem der todte Appendix herumschwimmt — wenn es dazu gekommen ist, dann ist der Kranke über die grösste Gefahr hinaus. Dann hat er eine circumscripte Eiterung, und diese kann in den meisten Fällen ohne einen schweren operativen Eingriff erfolgreich angegriffen werden. In manchen derartigen Fällen kann sogar spontane Heilung eintreten. Meine Erfahrung ist diese. Wenn bei einem circumscripten Process die allgemeinen Erscheinungen verhältnissmässig sehr heftig sind, so liegt gewiss eine schwerere pathologische Läsion vor. In solchen Fällen findet von einem kleinen Heerde aus eine lebhafte Resorption toxischer Producte statt, und das sind in der Regel gangränöse Fälle. Es sind das auch die Fälle, die in der Mehrzahl zur diffusen Form der Peritonitis prädisponiren. Diese Fälle muss man von Anfang an ganz ausserordentlich genau beobachten lassen, und man muss nicht 12 Stunden warten und sagen, ich will sehen, ob der Kranke Morgen früh nicht besser ist. Diese Fälle erfordern möglichst schnellen operativen Eingriff. In denjenigen Fällen, in denen die Erscheinungen mässige sind, ist der Mehrzahl nach eine abhaltende wartende Haltung gestattet. Von diesen wird gewiss unter Umständen eine ganze Anzahl spontan zur Heilung kommen können. Aber ich glaube, sowie wir die Ueberzeugung haben, dass es zu einigermaassen nennenswerther Eiterbildung gekommen ist, so haben wir heutzutage gewiss den richtigen Standpunkt, wenn wir operativ vorgehen. Für ganz bestimmt indicirt halte ich die Operation auch bei sich oft wiederholenden recidivirenden Form, weil der operative Eingriff ungefährlich ist und die Kranken, die dieser Form der Krankheit ausgesetzt sind, an ihrem Lebensgenuss wesentlich verhindert sind. Ich

glaube, wir müssen diese drei Gruppen streng auseinander halten und können in Bezug auf die Indication zur Operation gar nicht streng genug vorgehen. Es giebt eine Form von Appendicitis, die wir früh genug als schwer und gefährlich diagnosticiren können. Da müssen wir es womöglich nicht erst zur Perforation kommen lassen. Die diffusen septischen Fälle hatten, theoretisch gedacht, doch jedenfalls einen Zeitpunkt in iherer Entwickelung, in welchem sie mit Erfolg operirt werden konnten. Puls, Temperatur, Allgemeinbefinden müssen oft controlirt werden. Sie deuten fast stets den schweren Verlauf bei Zeiten an.

Was die Differentialdiagnose betrifft, so kann ich nur sagen, dass ich mich sowohl in Bezug auf Gallenblasenprocesse wie Nieren-Affectionen, als besonders von den Beckenorganen ausgehende Entzündungen zu wiederholten Malen den grössten Zweifel gegenüber gesehen habe. Ich habe erst heute Nachmittag einen Fall operirt, den ich gestern Abend mit einem Collegen gesehen habe, und wir waren einig darüber, dass es nichts anders sein könnte, als circumscripte Form der Appendicitis. Die Schmerzen waren lokalisirt, die Frau hatte wiederholt früher Krampfanfälle und Magenschmerzen gehabt. Das sind keine Symptome, die in der Vorgeschichte einer Appendicitis selten vorkommen. Es war allerdings auffallend, dass sie mit fortwährender Steigerung der Temperatur einen sehr langsamen Puls hatte und dass heute die Schmerzen bedeutend geringer waren. "On general principles" hielten wir es doch für richtig, die Operation zu machen, fanden auch den Appendix durch chronische Peritnoitis pathologisch verändert. In der Nähe des Duodenum und der Gallenblase aber wurde ein Abscess gefunden, von dem wir nicht recht sagen konnten, welchem Organ er entstammte. Solche Fälle habe ich mehrfach gesehen und operirt. Ovarial-Abscesse zweimal, Tubeneiterung einmal als vermeintliche Appendicitis. Ich halte es bei entzündlichen Processen auf der rechten Seite des Bauches unter Umständen für ganz unmöglich, eine sichere Differentialdiagnose zu stellen, und ich habe selbst Irrthümer begangen und Andere Irrthümer begehen sehen. Wenn man das weiss, wird man in seiner Diagnose gelegentlich vorsichtig sein müssen, wie man denn überhaupt mit zunehmender Erfahrung weniger sicher wird.

Dr. Willy Meyer: Mir scheint wir müssen den beiden Herren Vortragenden dankbar sein und die beiden Vorträge als ausserordentlich wichtig ansehen, denn es ist wohl zum ersten Mal, dass hier in unserem Kreise zwei Internisten sich in so ausgesprochener Weise auf den nahezu rein chirurgischen Standpunkt gestellt haben. Beide Herren haben nach ziemlich ausgedehnter persönlicher Erfahrung geurtheilt, und das giebt ihren Ausführungen besonderen Werth. Ich will mich mit meinen Bemerkungen, mit Rücksicht auf die vorgeschrittene Zeit, nur auf einen Punkt beschränken, den der Prognose. Wenn die Berichte der inneren Abtheilung grosser Krankenhäuser besagen, man habe von 400 Patienten mit acuter Appendicitis 300 ohne Operation geheilt, so sollte man nicht vergessen, dass man stets hinzufügen muss, temporär geheilt. Denn geheilt haben die Herren sicher die sämmtlichen Patienten nicht. Das könnte man erst sagen, wenn alle Patienten zehn, zwölf und fünfzehn Jahre weiter beobachtet wurden und keinen Anfall mehr bekom-

men haben. Bei einem meiner Patienten, der vor zehn Jahren wegen eines Appendicitis-Anfalles — es war der zweite — Aufnahme im Mt. Sinai Hospital gefunden hatte, wurde damals dringend eine Operation angerathen. Der Mann weigerte sich und ging nach Hause und blieb zehn Jahre vollkommen gesund. Erst nach zehn Jahren bekam er einen dritten Anfall, mit Perforation des Appendix, weswegen ich ihn operiren musste. Ich möchte den Internisten sehen, der eine Statistik zusammenstellt, ob er diesen Fall vor Ablauf der 10 Jahre nicht als geheilt angesehen hätte. Wenn man solche Fälle berücksichtigt, so muss man sich doch fragen, ob wir denn in der Lage sind, den Patienten von aussen anzusehen, ob nach überstandenem ersten Anfalle der Process zur Ausheilung kommt oder ob sich eine Strictur entwickelt oder gar später bei der Wiederkehr der Attaque eine Perforation sich einstellt. Nie wird uns das zu prognosticiren möglich sein, meine Herren, auch mit den fortgeschrittensten und feinsten diagnostischen Hilfsmitteln nicht.

Ich glaube deshalb, dass es unsere Pflicht ist, uns auf einen mehr allgemeinen, ich möchte fast sagen, höheren Stnadpunkt bei der Fixation der Prognose dieser Fälle zu stellen. Wir sollten sagen: Wenn es die Pflicht des Arztes ist, möglichst viele Patienten am Leben zu erhalten, und wenn er sich sagen muss, dass es unmöglich ist, auch bei noch so feinster Beobachtung genau zu diagnosticiren, ob dieser oder jener Fall von Appendicitis recidiviren wird oder nicht, so müssen wir jedem Patienten — wollen wir gewissenhaft handeln — die Entfernung des Organs vorschlagen, wenn der erste Anfall ohne Operation überstanden wurde.. Ob unser Rath jedes Mal angenommen wird, ist eine zweite Frage.

Dr. G. Langmann: Nachdem auch die Herren Chirurgen zu unserer grossen Freude einen so hervorragenden Antheil an der Discussion genommen haben, wollen Sie nochmals einem innern Arzt ein kurzes Resumé gestatten? Ich muss sagen, dass Dr. Meyer mir fast die Worte aus dem Munde genommen hat, und wenn wir eben von Dr. Meltzer gehört haben, wie sein Ideengang sich im Laufe der Jahre zu dieser radikalen Ansicht durchgearbeitet hat, dass eine frühe Operation angezeigt sei, so glaube ich, sind mit ihm viele innere Aerzte im Laufe der Jahre zu dieser Ansicht gekommen. Wenn die reiche Casuistik der beiden Herren Referenten, bei jedem einzelnen derselben so ausserordentlich reichlich, wie wohl wenig practische Aerzte sie aufzuweisen haben, trotzdem nicht ausschlaggebend sein kann, so muss man doch daraus von Neuem den Eindruck schöpfen, dass man, wenn man nur auf absolut sichere Diagnose entscheiden wollte, nie zu einem Resultat kommen könnte, denn wollte man auf den Vortrag des Herrn Dr. Wolf näher eingehen, so könnte man sagen, dass der Appendix wirklich das Chamäleon der Diagnostik darstellt. Wenn Herr Dr. Lange die Sache so präzisirt hat, dass vornehmlich die septischen Fälle zur Operation drängen, so müsste man doch auch erst wieder ein absolut sicheres Zeichen der frühen Diagnose der Sepsis besitzen. Das ist uns aber bis heute noch nicht möglich. Es ist wohl keine Frage, der Grund des Widerstandes der innern Mediziner, wie er sich hier und an anderen Orten ausspricht, liegt zum Theil darin, dass sie ein gewisses Widerstreben

haben, das sog. Superarbitrium des Chirurgen anzunehmen, dass sie gegen sich selbst und dem Publikum gegenüber sich scheuen auszusprechen: meine Hilfsmittel reichen nicht mehr aus, ich muss die Hilfe des Chirurgen anrufen, und dass mancher Widerstand, der bisher gegen das Eingreifen des Chirurgen gemacht wurde, sich zum Theil darauf zurückführen lässt. Aber das ist ein falscher Standpunkt, und wenn wir den Gesichtspunkt festhalten, den wir bei allen Consultationen mit Spezialisten festhalten sollten, dass der Spezialist nur die rechte Hand unser selbst ist, so wird ja auch dieser Widerstand fallen.

Ein anderer Punkt, der vielleicht noch Erwähnung verdient und der von Dr. Stein nur ganz kurz angedeutet ist, ist die Frage nach dem physiologischen Werth des Appendix selbst. Ist es eine Operation, die wirklich nur ein rudimentäres Organ entfernt, welches für den Körper keinen Nutzen mehr besitzt? Ich glaube, dass darüber vorläufig nur die Erfahrung entscheiden kann, ob sich später allgemeine Veränderungen beobachten lassen. Die Physiologie, die Entwickelungsgeschichte, wie auch die vergleichende Anatomie lassen uns da leider noch vollständig im Stich. Es ist Ihnen bekannt, dass der Appendix zur Zeit der Geburt noch die vollkommene Weite des Coecums hat und erst im Laufe der ersten Jahre sich zu der Enge zusammenschnürt, die allgemein bekannt ist. Der Appendix besitzt trotzdem durch die ganze Lebenszeit eine unverhältnissmässig grosse Menge von Lymphfollikeln, die als Ursache für die Häufigkeit der entzündlichen Affectionen dieser Gegend angeklagt werden. Ob die Entfernung eines derartigen Organs namentlich in früher Kindheit von irgend welchen schädlichen Folgen begleitet sein kann, bleibt vorläufig dahingestellt. Die Beobachtungen Ribbert's, dass der Appendix im späteren Alter meist obliterirt ist, lässt sich wohl auch in anderer Weise deuten: eine abgelaufene Appendicitis kann die Obliteration des Organs verursachen. Die vergleichende Anatomie, um darauf noch ganz kurz zu kommen, lässt uns ebenfalls im Stich. Es giebt ein entwickeltes Coecum in allen Klassen der Vertebraten, aber es lässt sich vorläufig nur das sicher anführen, dass bei Pflanzenfressern, namentlich solchen, die grössere voluminöse Nahrung zu sich nehmen, das Coecum besonders entwickelt ist. Ein eigentliches Analogon des menschlichen Appendix findet sich nur bei den Affen, und zwar nur die höher stehenden Affen sind in der Weise dem Menschen gleich geformt. Es bedarf also, ehe wir uns über die Bedeutung des Organs klar werden, noch weitgehender Untersuchungen.

Im Allgemeinen möchte ich einen Hauptgewinn dieser wiederholten Discussionen über Appendicitis darin sehen, dass auch der innere Mediciner sich mehr mit dem Gedanken einer Frühoperation oder einer Operation überhaupt vertraut macht.

Dr. I. Adler (Schlusswort): Bei der vorgeschrittenen Zeit und angesichts der Thatsache, dass wirklich sehr wenig mehr zu sagen ist nach dieser ausserordentlich eingehenden Discussion, will ich mich nur auf ganz wenige Worte beschränken. Mir scheint, dass als hauptsächliches Resultat dieser Referate und der Discussion etwa Folgendes zu abstrahiren ist: Zunächst möchte ich die Thatsache hervorheben, welche mir von principieller Wichtigkeit zu sein scheint und die in dem Vortrag

des Dr. Stein niedergelegt ist, dass es nach eingehender anatomisch-pathologischer Untersuchung keine catarrhalische Appendicitis giebt. Es wird mit der Diagnose „catarrhalische Appendicitis" ein solcher Unfug getrieben, und es ist ein so unklarer Begriff damit verbunden, dass es einmal Zeit ist, dass mit dieser Bezeichnung aufgeräumt wird. Es ist ein recht grosses anatomisches Material, welches von Dr. Stein studirt worden ist, auf Grund dessen, wie auch andere Forscher hervorheben, man ganz bestimmt sagen kann, es giebt keine catarrhalische Appendicitis, wenigstens nicht in dem Sinn, wie die pathologische Anatomie catarrhalische Entzündung auffasst. Wenn man sagt, leichte oder schwere Appendicitis, so hat das einen Sinn, aber vom anatomischen Standpunkt aus giebt es keine catarrhalische Appendicitis. Jede Appendicitis ist an und für sich ein destruirender Process. Wie weit der Process geht, hängt von besonderen Verhältnissen ab. Die Destruktion mag gering sein oder grössere Dimensionen annehmen, aber jede Appendicitis ist mehr oder weniger destructiv, und nie resultirt nach Ablauf der Appendicitis eine restitutio ad integrum. Es sind immer mehr oder weniger Defecte vorhanden, wenn auch vernarbte. Das schliesst nicht aus, dass die Appendicitis verheilen kann, im Gegentheil, es heilen sehr viele, aber nie mit vollständiger restitutio ad integrum.

Der zweite Punkt, den ich als besonders wichtig hervorheben möchte, ist der, den Dr. Wolf und auch Dr. Stein betont hat, die Thatsache, dass man aus den klinischen Erscheinungen und Untersuchungsmethoden, wie sie uns zu Gebote stehen, keinen bestimmten Schluss auf anatomische Verhältnisse ziehen darf. Man kann mit mehr oder weniger Sicherheit errathen, mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit sich der Idee hingeben, der Appendix wird sich so und so vorfinden, aber selbst der Erfahrenste und Vorsichtigste wird sich fortwährend darin täuschen, und geringe klinische Symptome mögen mit sehr schweren anatomischen Erscheinungen vergesellschaftet sein, und umgekehrt. Sogar der hohe Puls ist nicht absolut maassgebend. Wir haben alle schon Fälle gesehen, letal verlaufene septische Fälle, mit verhältnissmässig langsamem Puls und umgekehrt Fälle mit sehr hohem Puls und geringen anatomischen Erscheinungen. Natürlich spielt da die individuelle Erfahrung eine grosse Rolle, aber im Grossen und Ganzen müssen wir sagen, dass klinische Erscheinungen keinen sicheren Schluss auf anatomische Veränderungen gestatten. Aus diesen beiden fundamentalen Grundsätzen folgt mit aller Bestimmtheit, dass die Appendicitis, wenn sie einmal sicher festgestellt ist, als eine Quelle der Gefahr für den Organismus zu betrachten ist. Es lässt sich absolut nicht leugnen, dass eine grosse Zahl von Appendicititen verheilt und dass mitunter einzelne der allerschwersten Fälle, selbst mit Eiterbildung, auch ohne Operation gelegentlich gut werden. Das berechtigt uns aber nicht principiell gegen chirurgisches Eingreifen Stellung zu nehmen.

Mir scheint, aus all' diesen Auseinandersetzungen geht mit aller Bestimmtheit hervor, dass ein kranker Appendix, einmal sicher gestellt, eine Gefahr für den Organismus ist und entfernt werden sollte, methodisch und prinzipiell. Die Gefahr steigt natürlich, je öfter sich die Anfälle wiederholen. In vielen Fällen mag die Appendicitis allerdings der-

artig ablaufen, dass nie mehr eine Gefahr für den Organismus daraus entstehen kann, aber wir können dies nicht wissen, wir haben keine Mittel, es uns oder dem Patienten klar zu machen, und ich würde es mir lieber gefallen lassen, so und so viele Appendices entfernen zu lassen, welche auch ohne Operation geheilt worden wären, als mir einmal sagen zu müssen, dass ich einen Fall zu spät operirt habe.

Was die Opiumbehandlung betrifft, von der Dr. Kaufmann gesprochen hat, nun so sind wir hier in der Heimath der Opiumbehandlung, und ich habe dieselbe vor vielen Jahren selbst viel geübt und viel davon gesehen. Es sind auch unter Opiumbehandlung Leute genesen, aber auch sehr viele gestorben, und ich glaube, wir stimmen alle überein, die wir viel Appendicitis und Peritonitis gesehen haben; dass man mit Opiumbehandlung heutzutage mehr schadet, als nützt, dass man kein Vertrauen darauf setzen darf. Ebensowenig aber können wir warten, bis Eiter kommt, wie Dr. Kaufmann will. Bei den allerschwersten Fällen kommt es gar nicht zur Eiterung.

Was die Indication zur Operation betrifft, so will ich Sie damit nicht weiter aufhalten. Dr. Wolf hat die Frage auseinandergesetzt und Dr. Lange seine eigenen Grundsätze vorgeführt. Grosse Freude hat es mir gemacht, dass wir Internisten heute Abend chirurgischer waren, als einer unserer allerbesten Chirurgen hier, und dass wir sehr viel mehr die Intervalloperation empfehlen als Dr. Lange es gethan hat. Ich muss sagen, dass in der Praxis Dr. Lange und ich immer übereingestimmt haben. Wo die Intervalloperation ausgeführt werden kann, sollten wir sie, glaube ich, empfehlen, und da die Operation nicht nur geradezu ungefährlich ist, sondern in dem Resultat, was die Hernien betrifft, so gut wie unschädlich ist, so glaube ich, müssen wir wo immer möglich darauf zurückkommen. Ob und wann während des Anfalls operirt werden soll, das ist eine Sache, die wir nicht weiter discuttiren wollen. Es ist schon genug darüber gesprochen worden. Es muss dies in jedem Falle besonders überlegt werden und wir können uns darin im allgemeinen den Ausführungen Dr. Lange's anschliessen.

Schliesslich möchte ich nochmals hervorheben, was Dr. Langmann angedeutet hat. Wenn man die Auseinandersetzungen in den deutschen Zeitschriften von Seiten der Internisten liest über Empyem, Gallenblasenoperation, Appendix- und Peritonitisoperation und auch hier von klinischer Seite aus Discussionen hört, so hat man oft den Eindruck, als ob sehr viele Internisten das Zuziehen eines Chirurgen zu einem Fall gewissermaassen für den Zusammenbruch der innern Medicin halten, als ob das eine Schande für einen internen Mediciner sei. Ich glaube, dass wir diesen Standpunkt ebenso energisch bekämpfen sollen, als wir das leichtsinnige Diagnosticiren bekämpfen und die leichtsinnige ungenügende Indication zu operiren. Geradeso wie wir uns gegen leichtsinniges Operiren wahren, so wollen wir uns gegen das Hinausschieben der Operation wahren, wo sie nöthig ist. Es giebt nur e i n e medicinische Wissenschaft und e i n e Heilkunde. Ob man mit inneren oder äusseren Mitteln die gewünschten Resultate, die Heilung der Kranken erzielt, muss uns im Princip einerlei sein.

Präs. Dr. H e r m a n n G. K l o t z: Die Wahl hat die einstimmige

Aufnahme der drei Candidaten, Drs. Frederick Bleil, Ludwig Ewald und Mortimer A. Moses ergeben. Dr. George H. Semken, 200 West 112. Strasse wird von Dr. F. Lange als Mitglied vorgeschlagen.

Schluss und Vertagung.

Dr. A. Rose, Prot. Secretär, pro tem.
Rose.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Zur symptomatischen Behandlung der Lungentuberculose. Aus dem Kapitel „Die Anstaltsbehandlung im Hochgebirge" des jüngst bei J. F. Bergmann in Wiesbaden erschienenen Buches von Dr. K. Turban in Davos: „Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose" findet sich folgendes Referat im Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte 1899, No. 11: Von Medicamenten wurden Kreosot-Präparate in 92 Fällen (von 458) gegeben und zwar meist Kreosot, 0,5—2,0 täglich in Kapseln mit Olivenöl, oder Guajacolcarbonat, 3 Mal täglich ein Gramm. In einigen Fällen konnte ein günstiger Einfluss auf den Ernährungszustand bei Kranken constatirt werden, die zwar schon monatelang der Anstaltstherapie ohne Kreosot unterworfen waren. Bei Fieber, selbst wenn dasselbe minimal war, konnte nie der geringste Erfolg beobachtet werden, bei längerem Gebrauche grösserer Dosen trat einige Male Albuminurie ein, wonach das Kreosot ausgesetzt wurde. Kreosotpräparate vermindern nach Turban in manchen Fällen die bei Lungentuberculose häufigen abnorm starken Darmgährungen und verbessern damit die Assimilation der Nahrung, namentlich der Eiweisskörper. Einen Unterschied in der Wirkung zwischen Kreosot und Guajacolcarbonat wurde nur einmal, und zwar zu Gunsten des letzteren beobachtet, welches von Manchen besser vertragen wurde. — Gegen quälenden Husten wird Codein. hydrochl. gegeben, von welchem 0,01—0,02 in wässeriger Lösung meist genügen. Morphium wurde fast nur in verzweifelten Fällen verabreicht. Die Disciplinirung des Hustens und die Aufspürung und locale Behandlung von Hustenreflexpunkten in den oberen Luftwegen machten die Anwendung von Narcoticis in der Regel überflüssig. — Bei Fieber sind Antifebrilien nicht zu entbehren. Die Wirkung der künstlichen Temperaturherabsetzung auf Appetit und Schlaf ist gerade bei Lungentuberculose in manchen Fällen so eclatant, dass Arzt und Patient sich dieser in einer chronischen Infectionskrankheit so wichtigen Vortheile nicht begeben dürfen, wenn auch die moderne Wissenschaft die Antifebrilien bei acuten Infectionskrankheiten proscribirt. Mehr als Antipyrin, Antifebrin, Lactophenin u. s. w. leisten nach Turban die von den Kate Haedemaker angegebenen Salicylarsenikpillen (Rp.: Acid. arsenicos. 0,01, Natr. salic. 10,0, Amyl. q. s. ut f. op. aquae dest. pil. No. 100. Ne consperg. S. 3—4 Mal täglich nach den Mahlzeitjen 10 Pillen zu nehmen). Diese Pillen verursachen häufig in den ersten Tagen ein Ansteigen der Temperatur, führen aber dann eine so gleichmässige, nicht von intercurrenten Steigerungen unterbrochene und oft andauernde Entfieberung herbei, wie kein anderes der bekannten Fiebermittel. Bemerkenswerth ist, dass

bei plötzlichem Aussetzen der Pillen die Temperatur nicht sofort, sondern erst nach einigen Tagen wieder anzusteigen pflegt. Da diese Pillen Albuminurie verursachen können, so ist der Urin mindestens einmal wöchentlich zu untersuchen und das Medicament eventuell auszusetzen. — Bei der Behandlung der Hämoptoe spielen die Hauptrolle körperliche und geistige Ruhe (Anstellung einer Krankenpflegerin und Zuspruch des Arztes) und methodische Anleitung zum vorsichtigen Aushusten der sich im Bronchialbaum ansammelnden Blutmassen, welche infolge von Aengstlichkeit oder von Morphiumgebrauch so häufig von Kranken zurückbehalten werden. Nur bei heftigem Hustenreiz und bei hochgradiger Aufregung wird Morphium gegeben, bei starker Aufregung des Herzens ein Eisbeutel aufgelegt. Eispillen erweisen sich den theoretischen Bedenken zum Trotz als nützlich; sie stumpfen den Hustenreiz deutlich ab und beruhigen den Kranken. Die Nahrung wird kühl verabreicht. Das Binden der Glieder wirkt oft prompt, aber nur vorübergehend blutstillend, in mehreren besonders schweren Fällen stand die Blutung endgültig (zufällig?) nach subcutaner Injection von 1,5 bis 2,0 Ergotin (in 2 Spritzen vertheilt gegeben), doch führten diese starke Injectionen bei erregbaren Kranken einigemal zu retentio urinae, welche den Katheterismus erforderte. — In Bezug auf alcoholische Getränke äussert sich Turban folgendermaassen: Nothwendig sind alcoholische Getränke beim fieberlosen Lungenkranken im Allgemeinen überhaupt nicht; bei leicht frierenden Kranken erweisen sich während strenger Kälteperioden kleine Dosen von Cognac oder Südwein zweckmässig, im Uebrigen kann der Alcohol, in mässiger Menge genossen, als ein erlaubtes, aber entbehrliches Genussmittel für Fieberfreie gelten. Nicht entbehren können wir ihn bei septisch consumptiven Zuständen und bei der acuten pneumonischen Form der Tuberculose, wir geben in diesen Fällen 80 bis 100 Gramm und mehr Cognac, wovon ein Theil durch die entsprechende Menge Wein oder Champagner ersetzt werden kann. Mögen diejenigen, welche heutzutage in dem so dringend nothwendigen Kampfe gegen den Alcoholismus aus rein theoretischen Erwägungen dem Alcohol jede therapeutische Wirkung absprechen, doch erst einmal am Krankenbett die treffliche Wirkung grosser Alcoholdosen auf solche hochfieberhafte Zustände beobachten, ehe sie das Kind mit dem Bade ausschütten!

— Eine einfache Behandlungsweise des weichen Schankers. Malherbe-Nantes, eingedenk der günstigen Beeinflussung des Ulcus molle durch die Hitze, verfährt in folgender Weise: Nachdem das Geschwür mit einem Wattebausch sorgfältig abgewischt worden, hält er die breite rothglühende Thermokauterspitze bis auf einige Millimeter an dasselbe heran, ohne es aber zu berühren. Sehr bald zeigen sich auf der Oberfläche des Ulcus blutende Streifen, und von diesem Augenblick an soll man mit dem Brennen aufhören; das specifische Geschwür ist nun in ein einfaches umgewandelt. Die weitere Behandlung besteht in einem gewöhnlichen Pulververband und die Heilung tritt in circa 14 Tagen ein. Der Schmerz bei dieser Behandlung ist ganz erträglich, kann übrigens durch vorheriges Bepinseln mit Cocain gemildert werden. (Presse med. 1899, No. 4, ref. in Monatshefte für Pract. Dermatologie, 1899, No. 12.)

— Die therapeutische Verwendung der Bierhefe und des Levurins. Die seit Broco's Veröffentlichung (siehe diese Monatsschr. No. 4 ds. J.) vielfach gemachten therapeutischen Versuche ergaben zwar im Allgemeinen günstige Erfolge, zuweilen aber auch Misserfolge, welche Coutourieux (Presse médicale No. 39, 1899) auf die grosse Verschiedenheiten in der Art der Hefe zurückführt. Er versuchte daher, ein constantes Präparat zu gewinnen, und seine Experimente ergaben, dass es möglich ist, industriell Bierhefen zu erzeugen, welche genügend rein und beständig sind und eine constante therapeutische Wirksamkeit besitzen. Durch gewisse Manipulationen, welche die specifische Wirkung nicht beeinträchtigen, können diese Bierhefen getrocknet (rohes Levurin) und aufbewahrt werden, ohne Veränderungen zu erleiden, ferner ihr actives Princip extrahirt werden (extrahirtes Levurin). Von diesem ist die höchste Tagesgabe 10 g, also an Menge fünf Mal weniger wie die Hefe. Aragon veröffentlicht (Presse médicale No. 46) weiterhin die klinischen Erfolge, welche er mit dem Levurin in einer Reihe von Furunculosefällen gehabt hat, und welche in der That auffallend günstige genannt werden müssen, u. A. führt er den seine eigne Person betreffenden Fall an, welcher zwar mit gewöhnlicher Bierhefe gebessert, aber erst mit Levurin völlig geheilt worden ist. Letzteres hat den Vortheil constanter Zusammensetzung, wird leicht vom Magen ertragen und scheint im Gegensatz zur Hefe eher eine günstige Wirkung auf die Darmthätigkeit auszuüben (in 5 Fällen wurden die vorher bestandenen Diarrhöen gestillt). Es wird in der Dosis von 1—2 Kaffeelöffel pro Tag, am besten vor dem Essen und mit Bier oder kohlensaurem Wasser als Vehikel, gegeben. (Münchener med. Wochenschr. No. 25, 1899.)

— Darminfusion bei Diarrhoe. Lieberson empfiehlt im Journ. de Médicine de Paris (Dec. 1898) nach vorausgegangener Darmentleerung durch Ricinus am folgenden Tage die Application eines Einlaufes einer Mischung von 400 g 4-proc. Borsäurelösung, 3 g Acid. tannic. und Tinct. opii 15 gtt., welche durch Zusatz von heissem Wasser auf eine Temperatur von von 36° C. gebracht wird. (Ibidem.)

— Insectenstich. Der Juckreiz und die Entzündung, welche einem Insectenstich folgen, werden nach Gonin durch wiederholtes Betupfen mit Formalin alsbald gehoben. (Med. News, Februar 1899, ref. in Münch. med. W. 1899, No. 25.)

— Orexinum tannicum hat sich bei Anorexie aus den verschiedensten Ursachen — bei schwerer Lungentuberculose, Chlorose und Anaemie, bei Herzerkrankungen, protrahirter Reconvalescenz, bei chronischen Magenerkrankungen, Hyperemesis gravidarum, bei Scharlachnephritis, ja sogar bei übermässigen Gewohnheitsrauchern — als sehr gutes, verlässliches und prompt wirkendes Stomachicum bewährt. Seine Wirkung besteht in erhöhter Salzsäuresecretion im Magen, erhöhter Motilität desselben und Abkürzung der Aufenthaltszeit der Ingesta. Contraindicirt ist es bei Magenerkrankungen mit schon nachweisbaren pathologischen Veränderungen und bei Hyperacidität. Die Einzeldosis ist 0,3 bis 0,5 in Oblaten, 1 bis 2 mal täglich etwa 2 Stunden vor der Mahlzeit. In der Kinderpraxis werden zweckmässig die Orexin-Chocoladetabletten verwendet. (Goldmann, Wien. med. Wochenschr. 1899, No. 9.) Lippi hat das Orexin

mit promptem Erfolg in 3 schweren Fällen von Hyperemesis gravidarum angewendet. (Ga. degli Ospedali e delle cliniche, 9. März 1899. Ref. in Münch. med. W. 1899, No. 27.)

Eingesandte Bücher.

Deutsches Krankheitsnamen-Buch. Von Dr. M. Höfler, k. Hofrath in Tölz. Verlag von Piloty & Loehle. München 1899.

Zeitschrift für Heilkunde. XX. Band, 2. und 3. Heft. Fischer's medicinische Buchhandlung H. Kornfeld. Berlin 1899.

Physiologische Charakteristik der Zelle. Von Dr. F. Schenk. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch). Würzburg 1899.

Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin. Herausgegeben von Rudolf Virchow. Band 156, Heft 2. Verlag von Georg Reimer. Berlin 1899.

Erisypelas. By Otto G. T. Kiliani. S.-A. Twentieth Century Practice of Medicine. Vol. XVI. William Wood & Company. New York, 1899.

Chirurgische Technik. Von Dr. Fr. v. Esmarch und Dr. Ernst Kowalzig. Ergänzungsband zum Handbuch der kriegschirurgischen Technik. Operationen an Kopf, Hals und Rumpf. Mit 632 Abbildungen. 3. verbesserte und vermehrte Auflage. Verlag von Lipsius & Tischer. Kiel und Leipzig 1899.

An Improved Method for the Removal of Intraligamentous Cyst. By Thomas H. Hawkins. S.-A., Denver Medical Times, Nov., 1897.

Appendicitis or Salpingitis with Complications, and a Report of Some Unusual Cases. By Thomas H. Hawkins. S.-A., Medical Record, May, 1899.

Anleitung zur Erlernung der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit. Von Prof. Dr. Hans Kehr. Fischer's medicinische Buchhandlung H. Kornfeld. Berlin 1899.

Pulmonary Tuberculosis. Its Modern Prophylaxis and the Treatment in Special Institutions and at Home. By S. A. Knopf, M.D., Blakiston's Son & Co., Philadelphia, 1899.

Bibliothek der gesammten Medicinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Specialärzte. Herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. A. Drasche. Verlag von Karl Prochaska. Wien, Teschen und Leipzig 1899. 175. mit 178. Lieferung.

Der erste Verband auf dem Schlachtfelde. Von Friedrich von Esmarch. Mit 33 Abbildungen. Dritte, vielfach veränderte und vermehrte Auflage. Verlag von Lipsius & Tischer. Kiel und Leipzig 1899.

The Schleich Method of General Anesthesia, with Special Reference to Nose, Throat and Ear Practice. By W. Scheppegrell. S.-A., The Memphis Lancet, March, 1899.

The Neuropathic Origin of Stuttering. By W. Scheppegrell. S.-A., The Philadelhpia Medical Jornal, January, 1899.

The Hernia Guarantee and the Minimum of Confinement After Operations for Appendicitis With and Without Pus. By George M. Edebohls. S.-A., The Medical Record, May, 1899.

Chronic Appendicitis the Chief Symptom and Most Important Complication of Movable Right Kidney. By George M. Edebohls, S.-A., The Post-Graduate, February, 1899.

The Relations of Movable Kidney and Appendicitis to Each Other and to the Practice of Modern Gynaecology. By George M. Edebohls. S.-A., Medical Record, March, 1899.

Chronic Nephritis Affecting a Movable Kidney as an Indication for Nephropexy. By George M. Edebohls. S.-A., The Medical News, April, 1899.

Durch die Buchhandlung von Lemcke & Buechner, New York:

Agenda therapeutica. Neuere Medicamente und Arzneiverordnungen, zusammengestellt von Privatdocent Dr. Heinrich Paschkis. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1899.

Specielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Prof. Dr. Herman Nothnagel. III. Band, III. Theil. Erysipelas (Rose, Rothlauf) und Erysipeloid. Von Prof. Dr. Herman Lenhartz. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1899.

Dasselbe. VII. Band, II. Theil, II. Abtheilung. Vegetationsstörungen und Systemerkrankungen der Knochen. Von Dr. Maximilian Sternberg.

Dasselbe. VII. Band, VII. Theil. Der Diabetes insipidus. Von Prof. Dr. D. Gerhard in Strassburg.

Dasselbe. XII. Band, II. Theil, III. Abttheilung. Chorea, Paralysis agitans, Paramyoclonus multiplex (Myoklonie). Von Prof. Dr. R. Wollenberg in Hamburg.

Durch die Buchhandlung von G. E. Stechert, New York:

Jahrbuch der Practischen Medicin. Herausgegeben von Dr. J. Schwalbe. Jahrgang 1899. 4., 5. und 6. Heft. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1899.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an Medical Monthly Publishing Co., 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

Dr. A. RIPPERGER,
126 E. 122. St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.
Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XI. New York, September 1899. No. 9

ORIGINALARBEITEN.

Wie kommt man der idealen Asepsis am Nächsten?

Von

Dr. Carl Beck.

Wenn man sich über das therapeutische Deficit bei einer gegebenen Krankheit eine Ansicht bilden will, so braucht man sich nur über die grössere oder geringere Anzahl von Mitteln klar zu werden, welche gegen dieselbe angepriesen werden. Je grösser die Zahl der Mittel, desto geringer das therapeutische Können! Und bei der Betrachtung unseres aseptischen Könnens stehen wir keineswegs einer medicinischen Ausnahme gegenüber.

Die Mittel, welche als unfehlbare Keimtödter empfohlen werden, sind zahllos wie der Sand am Meer und die Beschreibung aller der zumeist ingeniös ersonnenen Keimvernichtungsmethoden würde eine kleine Bibliothek füllen. Einzelne derselben, man darf es wohl gestehen, repräsentiren sogar ein beredtes Märtyrerzeugniss vor dem selbstlosen Character ihrer Erfinder und sind zum Theil so resolut und radikal, dass wenn man sie wirklich consequent durchführen wollte, die Bacterien zwar auf das Gründlichste vernichtet werden würden; aber von dem Chirurgen würde wohl nicht viel mehr als die Knochen übrig bleiben. Man kann dabei an den tapferen Einsiedler denken, der in der Erziehung eines jungen Bären so erfolgreich war, dass der gelehrige Zögling ihm zuletzt seine intimsten Wünsche von den Augen abzulesen trachtete. Eines schönen Tages, als der Klausner sich dem behaglichen Genuss eines Mittagsschläfchens hingab, machte es sich eine garstige Fliege nonchalanter

Weise auf seinem Heiligenschein bequem. Der junge Bär, empört über die Missachtung des schnöden Insects, ergriff wuthentbrannt einen grossen Stein und zerschmetterte es damit, ohne je zu bedenken, dass er damit zugleich den Schädel seines geliebten Herrn spaltete.

Betreffs der Factoren, welche bei einer Beeinträchtigung der Asepsis in Frage kommen, hat man sich soweit geeinigt, dass man einerseits die Instrumente, das Näh-, Tupf- und Verband-Material, und andererseits die Luft und die Haut von Patient und Operateur verantwortlich hält.

Von den ersten Punkten, den todten Objecten, kann man wohl behaupten, dass wir bei ihnen das Ideal der Asepsis thatsächlich erreicht haben. Welche Gegenstände immer das Gekochtwerden gut aushalten, können unbestreitbar keimfrei gemacht werden. Und das gilt auch von dem unschuldig verfolgten Catgut, seitdem Hofmeister mittelst der Formalinbehandlung uns gelehrt hat, dasselbe zu kochen, ohne dass dadurch seine Brauchbarkeit beeinträchtigt wird.

Dabei ist freilich vorausgesetzt, dass die Sterilisirung all dieses Materials von dem betreffenden Operateur persönlich überwacht wird. Dazu gehört, dass der Process der Sterilisation im Operationszimmer selbst vor sich geht, wo auch die Sterilisatoren stehen sollen. Man muss dann Handtücher, Verbände, Tupf- und Nähmaterial direct aus dem Sterilisator entnehmen und unmittelbar auf die Instrumente, resp. die Körperoberfläche, placiren. Dass diese Massnahmen dem Operateur einige Mühe verursachen, ist nicht zu leugnen, aber mit Rücksicht auf eine der verhängnissvollsten Schwächen — Vergesslichkeit — sind sie als eine absolute Nothwendigkeit zu betrachten.

In Bezug auf den zweiten Punkt, die Luftinfection, schien man sich auf Grund der klassischen Experimente von Schimmelbusch, Petri und Cleves-Symmer vollständig geeinigt zu haben. Die neuen Untersuchungen Flügge's (Flügge, Zeitschrift für Hygiene, 1897, Bd. 25) scheuchten in dieser Frage wieder neue Zweifel auf. Wenn es nun auch selbstverständlich erscheint, dass man den Experimenten eines Flügge die grösste Beachtung schenkt, so sind dieselben, bei Licht betrachtet, doch kaum dazu angethan, die früheren Ansichten von der chirurgischen Harmlosigkeit der Luft zu erschüttern. Theoretisch ist ja die Möglichkeit einer Luftinfection

durchaus gegeben. Aber für den chirurgischen Meister sollte diese Gefahr in praxi eigentlich nicht existiren. Es ist wohl wahr, dass die Luft mit den verschiedenartigsten Bacterien geschwängert ist. Dieselben bestehen jedoch mit wenigen Ausnahmen aus den unschuldigen Familien der Schimmel- und Hefepilze, welche zum Glück der pathogenen Eigenschaften für den Menschen gänzlich entbehren. Die pathogenen Bacterien, welche den menschlichen Organismus wirklich gefährden können, sind nur unter abnormen Bedingungen in der Luft vorhanden. Und zwar schwirren sie daselbst nur dann herum, wenn sie von ihrer natürlichen Herberge, der Bodenfläche, oder detaillirter ausgedrückt, von den Wänden, den Fussböden, den Tischen, Stühlen, Bildern u. dgl. aufgescheucht werden. Denn die Eigenschaften der Luft sind ja geradezu todtbringend für die pathogenen Bacterien, so dass, wenn es wirklich einmal einen pathogenen Bacterienvagabunden einfällt, die Luft heimzusuchen, er dort keine bleibende Stätte findet.

Wir können also von den pathogenen Bacterien, speciell den Eitererregern, wohl behaupten, dass sie die für den Organismus bedeutsame Eigenschaft haben, sich an den Boden und den daselbst befindlichen Staub zu klammern. Wenn sie also sozusagen nicht provocirt, nicht geradezu mit dem Bodenstaub aufgestöbert werden, so können sie mit einer gegebenen Wunde kaum in Berührung kommen.

Man hüte sich also davor, einen Operationsraum wenige Stunden vor der Operation aufzuräumen oder durchzustöbern. Da die Feuchtigkeit den Luftstaub niederschlägt, so empfiehlt es sich, den Operationsraum feucht zu halten. Zu diesem Zweck kann man eine Dampferzeugung mittelst eines Sprays oder im Nothfall durch einen grossen Kochtopf unterhalten.

Man wird ferner vermeiden, die Fenster offen zu halten, besonders wenn gerade die Windrichtung den Staub in das Operationszimmer treibt.

Ein zweifelloses Verdienst beanspruchen nun allerdings die Flügge'schen Versuche insofern, als sie auf eine bisher wenig beachtete Infectionsquelle nachdrücklich aufmerksam gemacht haben, nämlich die Mundhöhle des Operateurs. In praxi freilich löst sich auch das hierdurch geschaffene Problem, denn die Luft, welche ein völlig gesunder Mensch ausathmet, enthält niemals Bacterien, obgleich die normale Mundhöhle von allen möglichen pathogenen und nichtpathogenen Sorten wimmelt.

Beiläufig erwähnt zeigen die in der normalen Mundhöhle gesunder Individuen gefundenen Staphylo- und Streptococcen eine ausserordentlich geringe Virulenz, wie sich aus übereinstimmenden bacteriologischen und klinischen Beobachtungen ergiebt. Sobald nun aber das eine Tonsillitis oder nur eine Rhinitis sich entwickelt, ändert sich das Bild sofort und die Virulenz der Mundbacterien erreicht einen hohen Grad.

Wenn also ein derart „unpässlicher" Operateur viel spricht oder gar über das Operationsfeld weg hustet, so ist es kein Wunder, wenn pathogene Bacterien in die Wunde gelangen. Warum aber dazu erst Gesichtsmasken und dergleichen erfinden, wo wir viel einfachere Verhinderungsmittel besitzen? Wie einfach ist doch die Weisheit des guten alten Sprüchworts: „Reden ist Silber und Schweigen ist Gold."

Die Assistenz muss so gut gedrillt sein, dass ein Wink verstanden wird. Ja, die meisten Manipulationen können ganz automatisch ausgeführt werden. Und ein ganz besonders gewissenhafter Operateur wird unter den beregten Umständen die Ausführung einer wichtigen Operation bis zu seiner Wiederherstellung gänzlich unterlassen.

So leicht es nun, wie wir sahen, ist, in praxi die Luft und alle kochbaren Gegenstände aus unserem Infectionsregister auszuschalten, so schwierig erscheinen die Bedingungen, eine vollkommene Asepsis der Haut des Patienten und der Hände des Operateurs zu erzielen. Das Hautbacterium ist der Loki, der noch immer den Operateur betrügt, wenn er seines Erfolges schon ganz sicher zu sein glaubt. Ja, wir stehen noch immer der unleugbaren Thatsache gegenüber, dass bis dato weder die totale Zerstörung, noch die völlige Entfernung aller Hautbacterien eine reale Möglichkeit geworden ist. Die Körperfläche ist mit einer Reihe verschiedenartiger Bacterienspezies imprägnirt. Ein Theil derselben bleibt an der Hautoberfläche haften, ein anderer bettet sich in die getrockneten Epidermisschuppen ein. Diese Bacterien können leicht unschädlich gemacht werden. Man braucht sie noch nicht einmal umzubringen, sondern man kann sie einfach mechanisch beseitigen. Das geschieht in erster Linie durch Seife und Wasser. Erleichtert wird der mechanische Entfernungsprocess durch präliminäre Massnahmen, welche darin bestehen, dass man zwei Arten von Seite, eine rauhe (seiner Zeit von mir nach dem Vorbild des hiesigen Sapolio angegeben) und eine milde gebraucht, und zwar reibt man erst die Haut

nachdrücklich mit leinenen Compressen, welche in die rauhe Seifenmasse getaucht sind. Am besten lässt man während dieser Seifenreibung, welche zwei bis drei Minuten in Anspruch nimmt, einen continuirlichen Strom sehr warmen Wassers über die zu reinigende Körperoberfläche giessen. Dann kann man eine mildere, am besten dünne grüne Seife in derselben Weise und auf dieselbe Dauer verwenden.

Es ist üblich, zu dem Zweck der mechanischen Reinigung sich einer Bürste zu bedienen. Derselben haftet jedoch der Nachtheil an, dass sie sehr schwer rein zu halten ist, wenn man ihre Leistungsfähigkeit nicht bedeutend schmälern will. Das mechanische Princip kann durch die rauhe Seife ebenfalls aufrechterhalten werden und dabei hat dieselbe den Vorzug, dass sie leicht steril gehalten werden kann, da sie durch wiederholtes Gekochtwerden nicht leidet.

Dass die Fältchen der Haut besonders energisch ausgerieben werden sollen, braucht kaum hervorgehoben zu werden. Nun trocknet man die Haut mit einem sterilen Handtuch gut ab und reibt sie dann mit einer in eine 50-proc. Spirituswassermischung getauchten Gazecompresse eine Minute lang ab. Dabei wird der Alcohol, beiläufig erwähnt, nicht als Desinfectionsmittel im strikten Sinne des Wortes gebraucht, sondern zwecks der Auflösung des Fettes der Hautoberfläche, welches sich ja der besonderen Gönnerschaft der pathogenen Bacterien rühmen kann. Wenn man nun das Fett, diese Barrikaden der Bacterien, auflöst, so hebt man damit auch den Rückhalt derselben auf und macht sie auf diese Weise unschädlich.

Ob nun nach allen diesen Massnahmen eine Bespülung mit Sublimat, Lysol oder ähnlichen Desinficientien noch nöthig ist, bleibt vorläufig eine offene Frage. Schaden werden sie wohl kaum.

Es giebt nun noch eine Reihe anderer Methoden, welche die Hautoberfläche ebenfalls keimfrei machen. Wer dieselben völlig beherrscht und gewissenhaft ausführt, mag mit denselben zu demselben Ziele gelangen.

So ginge denn alles nach Wunsch, wenn nicht ein einziger fataler Umstand alle diese Cautelen zu Schande machen könnte, nämlich das Vorhandensein zahlloser Bacterien unterhalb der Hautoberfläche in den Hautdrüsen, deren Absonderung einen überaus günstigen Nährboden für die Entwickelung derselben

darbieten. Es liegt ja auf der Hand, dass wir mit keiner unserer Sterilisationsmethoden in diese vielen Krypten, und ich möchte sagen in alle diese microscopischen Herbergen vordringen können. Da hilft weder Desinfection noch mechanische Entfernung. Es müssen daher andere Angriffspunkte gefunden werden, um die Ansteckungsfähigkeit dieser so fest verschanzten Feinde des Organismus zu verhindern. Es ist eine eigenthümliche Erscheinung, dass man immer nur vom Vernichten der Bacterien spricht. Allüberall hört man das Catonische Ceterum censeo. Der den Bacterien geltende Nothschrei: Non anti vereri desinam, quam excisa esse cognovero, hallt von allen chirurgischen Kliniken wieder, und man hat sich in das Excidere oder Delere der Bacterien in der einen oder der anderen Form so sehr verrannt, dass man dem Gedanken an andere Kampfesmethoden gar nicht Raum giebt. Man übersieht dabei einen ganz einfachen Punkt. Wenn ein kluger Feldherr den Feind in offener Feldschlacht nicht besiegen kann, so sucht er ihn auszuhungern oder auf irgend eine Weise zu überlisten. Das Letztere lässt sich manchmal durch Umgehen zu Stande bringen. Und umgehen lassen sich auch die tiefen Hautbacterien, so dass ihre Actionskraft zum Mindesten bedeutend gehemmt wird.

Werden wir nun zunächst klar darüber, dass das Messer, welches die Haut durchtrennt, eine Anzahl von Drüsen durchschneidet und damit die in diesen Drüsen angesiedelten Bacterien blosslegt, sozusagen von der Kette loslässt. Diese unbestreitbare Thatsache erklärt nicht nur die sogenannte Stichkanaleiterung, den schlechten Ruf des Catguts und die sogenannte Spätinfection zur Genüge, sondern auch die meisten der zahllosen „unbegreiflichen" Infectionen, welche sich unter den Händen des „peinlichst genauen aseptischen Operateurs" entwickelten. Wir finden auch hierin den Schlüssel zu den „trotz minutiösester Cautelen" eingetretenen Eiterungen, welche so manchen Experimentator im Laboratorium nicht blos in Erstaunen versetzen, sondern ihn auch neue chirurgische Axiome aufstellen liessen. Hierbei wäre auch noch zu bedenken, dass was sich bezüglich des Werthes aseptischer Methoden auf einem todten Nährmaterial ergiebt, durchaus nicht immer auf biologische Processe, wie sie sich bei den Wundverhältnissen abspielen, anwenden lässt.

Gehen wir noch einen Schritt weiter, so müssen wir uns fer-

ner sagen, dass das schneidende Messer in engsten Contact mit den tiefen Hautbacterien, welche gewöhnlich aus Staphylococcenfamilien bestehen, kommt, so dass man es doch natürlich dann als inficirt ansehen muss.

Dasselbe gilt auch von der Hand des Operateurs, welcher das Messer „hantirt." Daraus ergibt sich als erstes Postulat, dass das inficirte Messer nicht weiter gebraucht werden darf, und als zweites, dass die Hände des Operateurs nach der Hautincision wieder desinficirt werden müssen. Trägt der Operateur Handschuhe während der Hautdurchtrennung, so kann er die nochmalige Desinfection zur Noth auch durch Wechseln der Handschuhe ersetzen.

Freilich besteht dann noch eine weitere Möglichkeit der Infection, nämlich die Einimpfung der exponirten Hautbacterien in die darunterliegenden Gewebe durch das inficirte Messer. Diese Gefahr lässt sich nicht völlig ausschliessen, aber zweifellos dadurch zu einer minimalen reduciren, dass man die Hautincision oberflächlich und sorgfältig vornimmt, so dass man mit demselben Messer die Haut nicht weiter als absolut nöthig bloss legt. Diese wesentlichen Punkte haben nicht die geringste praktische Beachtung gefunden, trotzdem es doch Jedermann einleuchten muss, welch freier Spielraum den losgelassenen Bacterien für die geschaffene Wunde eröffnet wird. Das Suchen nach neuen und besseren Methoden der Hautdesinfection geschieht immer nur in dem Sinne und der Voraussetzung, als ob man die resp. Bacterienbrutstätten auch immer erreichen könne. Dagegen hat sich Niemand einfallen lassen, irgend welche systematischen Massnahmen nach dieser Richtung hin anzugeben.

Schon manches Mal war ich Zeuge davon, wie ein Operateur, der seine sonstigen aseptischen Vorkehrungen sehr sorgfältig getroffen hatte, bei einer Laparotomie die Eingeweide rücksichtslos zwischen Bauchhaut und Bauchwandwundfläche hin und herwälzte, während er sie Revisionshalber aus der Bauchhöhle hervorzog.

Ein verlorenes Bacterium, das nicht in die Wunde hineingequetscht wird, mag in derselben zu Grunde gehen, während es inmitten todtgequetschter Zellhaufen sich hochvirulent entwickeln mag. So lässt es sich gewiss erklären, dass Operateure, welche die gefürchtete Naht der Patellarfractur vornehmen, ohne die Wunde anders als mit schneidenden Instrumenten zu berüh-

ren, glänzende Resultate aufweisen, während andere so traurige Erfahrungen gemacht haben, dass sie diese Operation wegen der „grossen Infectionsgefahr" gänzlich verwerfen.

Wie gross müssen die natürlichen Schutzvorrichtungen des Körpers sein, dass diesen Bacterieeinreibungensversuchen nicht jedes Mal die Infection auf dem Fusse folgte.

Man hört da und dort von einer sogenannten Disposition zur Infection sprechen. Es ist etwas Wahres an dieser Ansicht, aber man müsste sie doch etwas modificiren. Bedenkt man, welch brillante Vorbedingungen zur Infection die Haut eines Arbeiters zum Beispiel bietet! Und doch findet man in der Regel nur unter erschwerenden Umständen Infectionen bei dieser Classe, während man bei den sogenannten besseren Ständen oft die schwersten Infectionen nach leichten Hautabschürfungen sieht. Das lässt sich nicht allein durch die Verschiedenheit der Bacterienspecies oder durch den Virulenzgrad allein erklären. Denn es kann sich bei beiden Classen um den gleichen Staphylococcus und um die gleichen Züchtungsbedingungen handeln. Die Erklärung muss also wohl auf biologischem Gebiet zu suchen sein. Die plebejische Zelle in der stark entwickelten Arbeiterfaust wehrt sich kraft ihrer grösseren Vitalität energischer gegen den Erbfeind des Menschengeschlechts, als die in der von feinem Geäder umsponnenen Hand eines grand Seigneur.

Andererseits finden sich in gewissen Arbeitersphären eine grosse Empfänglichkeit für schwere Infectionen, welche sich durch den chemischen Einfluss gewisser chemischer Reize wie z. B. das Eindringen schmieriger Substanzen an der Hand eines Maschinisten auf die Zelle erklären lässt. Es ist gewiss nicht gleichgiltig, ob ein Bacterium sozusagen im Reinzustand oder ob es in einem schmierigen Vehikel in die Wunde gepresst wird. Die Zelle, welche sich des nackten Bacteriums erwehrt, ist vielleicht machtlos gegen das in schmutzigem Maschinenöl suspendirte.

Was nun die freigelegten Hautbacterien betrifft, wie einfach ist es doch, dieselben, wenn man sie weder zerstören, noch auf mechanischem Wege entfernen kann, abzuschliessen! Das kann man doch dadurch zu Wege bringen, dass man die Hautwundränder nach der Incision mit sterilen Tüchern bedeckt, welche durch Miniaturpincetten an den Geweben unterhalb der Hautlinie befestigt werden, so dass die Hautwundränder während aller folgender Manipulation gar nicht mehr in Sicht oder Be-

ührung kommen. Alles weitere Operiren geschieht dann auf absolut sterilem Untergrund, denn die Gewebe unter der Haut enthalten keine Bacterien. Die tiefen Hautbacterien sind also dann hors de combat.

Dasselbe Princip lässt sich in anderer Form auf die Eröffnung tiefliegender Abscesse übertragen, wie ich vor 12 Jahren in dieser Zeitschrift gelegentlich eines Vortrags über Pypothoraxoperation hervorhob. Damals hatte ich Bepinseln der Wundränder mit Jodoformäther kurz vor Eröffnung des Abscesses empfohlen, um die frische Wundfläche vor dem nachstürzenden Eiter zu schützen.

Was nun von der Haut im Allgemeinen gilt, muss auch essentiell von den Händen des Operateurs gelten. Der einzige sehr wichtige Unterschied besteht allerdings darin, dass zum Glück die Haut des Operateurs nicht incidirt zu werden braucht und dass demgemäss die tiefen Hautbacterien auch nicht zu Tage treten, somit also gar nicht in Frage kommen, es müsste denn gerade sein, dass man alle Anstrengungen macht, durch brutales Manipuliren einige derselben aus ihrer verborgenen Herberge herauszuquetschen.

Wir haben gesehen, dass die Bacterien der Hautoberfläche sehr wohl beseitigt werden können und auch das hierzu nöthige Verfahren angegeben. Derselbe modus operandi gilt auch in praxis für die Hände des Operateurs, nur mit dem Unterschied, dass man dann dem Nagelfalzraum seine besondere Aufmerksamkeit zuwenden muss. Böse Zungen spotten über gewisse Aerzte, dass sie „Grabsteine" unter den Fingernägeln trugen!

Um die Nagelfalz gut zu reinigen, bedarf man eines Braatz'schen Nagelreinigers. Die Nägel selbst sollen mit der Scheere kurz und glatt abgeschnitten und nie gefeilt werden. Man reibt dann den Raum mit der rauhen Seife und dann mit dem Spirituswasser gehörig aus. Uebrigens soll man auch sonst, das heisst auch wenn man nicht gerade operirt, seine Hände so oft als möglich wie andere anständige Menschen waschen und bei der Untersuchung septischer Fälle womöglich Gummihandschuhe anziehen und sich ganz besonders n a c h jeder Operation oder Untersuchung gründlich waschen.

Alle diese Erwägungen lassen sich im Princip auch auf die Ansteckungsgefahr bei inneren Krankheiten übertragen. Ein Arzt, der chirurgische Sauberkeit schätzt, wird auch allen möglichen anderen Infectionskeimen einen ungünstigen Nährboden

darbieten und nie selbst eine Infectionsquelle für seinen Nebenmenschen werden.

Uebersetzt man nun unsere Betrachtungen in's Praktische, so würden sich folgende Maxime ergeben:

1) Der Patient wird dadurch vorbereitet, dass man ihn mindestens 24 Stunden vor der Operation ein warmes Vollbad nehmen lässt, in welchem zugleich eine gründliche Abseifung, mit eventueller Abrasirung des Operationsfeldes stattfindet. Der letztere wird sodann mit einem Umschlag von grüner Seife bis kurz vor der Operation bedeckt, um damit die Durchtränkung der Epidermis zu sichern. Dass die Epidermis von der Seife durchdrungen wird, lässt sich aus der häufigen Maceration des Epidermis ersehen. Während der Anästhesie wird die Hautoberfläche nach den oben beschriebenen Regeln desinficirt. Nach denselben Regeln sterilisirt sich Operateur, Assistenten und Wartepersonal.

2) Operateur und Assistenten tragen sterilisirte Baumwoll-Handschuhe. Nach geschehener Hautincision wechselt der Operateur Messer und Handschuhe. Sollten die Handschuhe bei der Technik einer delikaten Operation sich als Hemmnisse erweisen, so kann man ohne dieselben manipuliren, muss sich aber dann bemühen, die Wundfläche mit der Hand so wenig als möglich zu berühren und die Instrumente so viel als möglich operiren lassen. Man nehme also z. B. einen Nadelhalter zum Nähen, anstatt die Nadel direkt in die Finger zu nehmen und durchzuquetschen; man gebrauche eine Pincette zum Halten der Gewebe, anstatt dieselben mit den Fingern zu sichern.

3) Nach geschehener Hautincision werden die Hautwundränder mit sterilen Tüchern bedeckt, welche man unterhalb der Hautlinie mittelst Miniaturpincetten anhaftet, so dass nichts als die Wunde selbst frei liegt. Alle nachherigen Operationsmanöver müssen dann auf diesen Tüchern oder auf untergeschobenen sterilen Compressen ausgeführt werden.

4) Man soll sich bemühen, so rasch als möglich zu operiren.

5) Gewaltsame Manipulationen, namentlich das sogenannte stumpfe Präpariren, welches sich unter dem Vorwand des Blutsprung grosser Beliebtheit erfreut, ist unbedingt zu verdammen.

6) Beim Nähen gebe man der subcutanen Methode den Vorzug. Sollten Entspannungs- oder Correctionsnähte hierbei als nöthig sich erweisen, so steche man beiderseits einen Centimeter vom Wundrand entfernt ein und einen halben Centimeter vor

demselben wieder aus, so dass man also die Incisionslinie nirgendwo durchsticht.

7) Der ganze Körper soll in einem sterilisirten Anzug, resp. Rock stecken. Der Kopf muss mit einer sterilisirten Mütze bedeckt sein, da es sich oft ereignet, dass im heiligen Eifer die Köpfe von Operateur und Assistent bei raschem Ueberbeugen zusammenstossen, wodurch Haare oder Schuppen in die Wunde fallen können.

8) Lange Bärte sind durchaus unchirurgisch.

9) Leidet man an Rhinitis, Tonsillitis oder dgl., so soll man am besten gar nicht oder nur unter den grössten Vorsichtsmassregeln operiren.

Dass man bei Vorhandensein von Fingerpusteln überhaupt nicht operiren soll, braucht wohl nicht besonders erörtert zu werden.

Alle diese Principien lassen sich mit etwas mehr Mühe und Zeit auch in der Privatpraxis durchführen.

Trauma und Phthisis.

Von

Dr. Anton Ewald.

Unter den mechanischen Einwirkungen auf das Lungengewebe, welche Tuberculose zur Folge haben können, sind seit jahrzehnten die verschiedenen Staubinhalationen vollständig gewürdigt und in ihrer Folgenschwere nicht allein von den Aerzten, sondern auch von Laien gefürchtet. In wieweit aber directe Traumen, die die Lunge treffen, ihren üblen Einfluss geltend machen, ist nur Wenigen bekannt und wird ungerechter Weise mit Zweifel betrachtet.

Noch bis zum Jahre 1886 war in den leitenden Lehrbüchern und Annalen der gesammten medicinischen Literatur wenig oder nicht viel zu finden, bis M e n d e l s o h n an der Hand von verschiedenen Fällen auf einen unzweifelhaften Zusammenhang zwischen Trauma und Tuberculose des Lungengewebes hinwies. Es war durch vielfache Beobachtungen von den besten Autoren der Beweis erbracht, dass Tuberculose sich in Folge von Traumen an den verschiedenen Organen entwickeln kann. So berichtet L e y d e n über einen Fall, wo sich in Anschluss an eine Con-

tusion am Kreuz eine Tuberculose der dura mater spinalis entwickelte; Weigert obducirte einen Fall von Meningitis tuberculosa, dessen Anamnese ganz bestimmt auf ein Trauma hinweist. Von Tuberculose des Hodens traumatischen Ursprungs sind mehrere Fälle in der Literatur berichtet. Denig hat in einer umfangreichen Zusammenstellung über die tuberculose Erkrankung des Auges in 5 Fällen das Trauma als die prima causa bezeichnet. Jedem Chirurgen ist die traurige Thatsache bekannt, dass einer traumatischen Gelenkaffection nicht sogar selten Tuberculose des Gelenkes folgt. Ja es ist dieser Vorgang sogar experimentell am Kaninchen studirt, wobei es sich gezeigt hat, dass Kaninchen mit Gelenkscontusionen, die man in eine für die Infection günstige Atmosphäre brachte, sämmtlich an Tuberculose der betreffenden Gelenke erkrankten, während es bei unverletzten Thieren, die man demselben schädlichen Einfluss aussetzte, nicht eintrat. Die Blutergüsse in den Gelenken geben hier einen äusserst fruchtbaren Nährboden für das Myobacterium Tuberculosis; dass Keime sich leicht hier ansammeln, ist durch den Versuch mit der Einspritzung von Farbstoff in das Blut bewiesen; der Farbstoff wurde nämlich berade in jedem Blutextravasaten in Masse gefunden.

Was mich veranlasste, über diesen Gegenstand zu schreiben, sind zwei Fälle die ich in der letzten Zeit beobachtete und die ob ihrer Klarheit und Beweisfähigkeit werth sind, veröffentlicht zu werden.

L. M., Arbeiter, 37 Jahre alt, stammt aus einer vollständig gesunden Familie; Eltern sowie Geschwister gesund. Grosseltern sollen im hohen Alter gestorben sein. Patient war auf dem Lande geboren und war niemals krank, bis er im Juli 1897 beim Ausgraben eines Fundamentes durch nachstürzende Steinmassen schwer in der Gegend der rechten Schulter getroffen wurde. Patient erholte sich von diesem Unfalle bald, die getroffene Partie wurde zwei Wochen in Verband gehalten. Vier Wochen nach dem Unfalle begann der Pat. zu husten und seine Kräfte seien sichtlich weniger geworden; seitdem ist er unfähig, zu arbeiten, und klagt über Husten, Auswurf, Fieber und Schwäche.

Patient ist ein robust gebauter Mann, von starkem Knochenbau und guter Musculatur. Sein Thorax ist tief und breit; die Gegend der rechten Lungenspitze ist etwas eingesunken und bleibt bei der Athmung etwas zurück, von äusseren Verletzungen

ist nichts zu sehen; die Percussion über der r. Clavicula, sowie husten oben ergiebt gedämpften Schall; beim Auscultiren der rechten Spitze ist kleinblasiges Rasseln zu hören.

Das Sputum ist reichlich und enhält Tubercelbacillen.

2. A. R., Fräulein, 17 Jahre alt, kommt im Mai dieses Jahres zur Deutschen Dispensary. Eltern der Pat. sind, wie ich mich selbst überzeugt habe, vollständig gesund, ebenso die 13 Geschwister der Patientin. Grosseltern starben im hohen Alter. Pat. war ausser geringen Kinderkrankheiten niemals krank gewesen und erfreute sich, ebenso wie ihre sämmtlichen Geschwister, ungestörten Wohlseins, bis sie vor einem Jahre von einem Fenster 10 Fuss hoch auf den Boden stürzte; ein herbeigerufener Ambulanzarzt legte den Verband an; Pat. war 2 Stunden bewusstlos und war für 2 Wochen ans Bett gefesselt; 4 Wochen nach dem Falle fing sie an zu husten, ihre Schwäche nahm immer mehr zu, so dass Pat. 9 Monate später die Hilfe der Deutschen Dispensary aufsuchte.

Pat. ist mittelgross, Knochen und Musculatur sind gut entwickelt; die Brust geräumig und tief; die linke obere Partie des Thorax zeigt eine starke Deformation. Es war offenbar bei dem Falle hauptsächlich diese Partie getroffen, denn die Clavicula war im medialen Theile gebrochen und mit starker Dislocation geheilt; die Wucht des Insultes muss nach dem Befunde zu urtheilen eine ziemlich grosse gewesen sein.

Pat. ist stark dyspnoisch. Beim Perkutiren unter der Clavicula hört man das Geräusch des gesprungenen Topfes; die Auscultation ergiebt Bronchialathmen mit zeitweisen tintement métallique. Das Sputum ist „globosum fundum petans" und enthält Massen von elastischen Fasern und Tubercelbacillen.

Beide Fälle betreffen starke kräftige Individuen im besten Alter, die hereditär nicht belastet in vollster Gesundheit von einem Unfalle betroffen werden, von dem sie sich nicht mehr erholen sollten; der Wechsel von blühender Gesundheit zum langsamen Siechthum war ein äusserst rascher.

Fragen wir uns nun, in welcher Weise das Trauma die Lunge oder den Brustkorb zur Entstehung der Tuberculose zu beeinflussen mag, so müssen wir uns vor allem nach den pathologischen Veränderungen umsehen, die das Trauma in der Lunge setzt. Das Trauma erfolgt in der Regel in Form einer Quetschung — eines Stosses oder Falles auf die Brust; die Folge davon wird sein eine Continuitätstrennung, Blutung, Entzündung.

Wir wollen absehen von den grossen Continuitätstrennungen, die einen Pneumothorax oder letale Blutung veranlassen können, sondern nur die geringfügigen Zerreissungen des Lungengewebes in Betracht ziehen, die sicher in jedem Falle vorkommen; dass derartige Verletzungen des Lungengewebes dem Myobacterium Tuberculosis die Thore öffnen ist ebenso sicher, als bei der Ubiquität des Keimes eine baldige Infection das nächste ist. Einhergehend mit der Continuitätstrennung ist die Blutung; Blutergüsse aber in Höhlen und Geweben bilden einen vorzüglichen Nährboden. Koch betont, dass gerade diejenigen Stellen in der Lunge, in denen Secrete stagniren, sowie die Zustände, welche derartige stagnirende Secrete veranlassen, für die Ansiedelung des Myobacterium Tuberculosis die günstigsten sind; die Ansammlung von Blut dürfte eine gleich günstige Gelegenheit bieten. Auf demselben Wege, auf denen Bacterien in die Lunge gelangen, um bei Blutansammlung daselbst eine Verjauchung und Gangrän zu veranlassen, kann natürlich auch das Bacterium Tuberculosis passiren.

Weit günstiger als das erst angeführte Moment ist das zweite: die Entzündung, die sich an die Verletzung als Folge der einmal starken oder öfters wiederkehrenden Hyperämie anschliesst. Es braucht nicht erwähnt zu werden, wie günstig die Entzündung für die Ansiedelung der Tuberculose ist; viele Autoren bezeichnen sie sogar als eine Nothwendigkeit und stellen die eigentliche Ursache, „die Infection" ganz in den Hintergrund. So tritt Dr. Aufrecht (Magdeburg) der Koch'schen Anschauung, dass das Myobacterium Tuberculosis die Ursache der Tuberculose sei, auf das Bestimmteste entgegen und behauptet, zuerst müsse die kranke Lunge vorhanden sein und dann stelle sich der Bacillus ein, der den weiteren anatomischen Veränderungen das characteristische Gepräge aufdrückt.

Hierbei möge noch darauf hingewiesen werden, dass die Prädilectionsstelle der traumatischen Phthise die Lungenspitze ist; abgesehen von dem üblen Zustande, dass die Spitzen infolge ihrer Lage häufiger Insulten ausgesetzt sind als die übrigen Theile der Lunge, kommt hier noch dieselbe Ursache in Betracht, die bei der Tuberculose gewöhnlichen Ursprungs die Spitze als Prädilectionsstelle bezeichnet. Die Spitzen inspiriren bekanntlich sehr gut, sind daher vornehmlich in der Lage Staub und demselben beigemengte Microorganismen zu beziehen, sie exspiriren aber schlecht und deshalb finden die aufgenommenen Keime die

beste Gelegenheit, in ihnen zu bleiben, beziehungsweise durch einen rückläufigen Luftstrom noch tiefer hineingetrieben zu werden; findet sich dann der durch Traumen präparirte Boden, so steht ihrem Gedeihen nichts im Wege.

Dem Einwande, dass es sich in den erwähnten Fällen um eine secundäre Infection, d. h. nur um eine Weiterverbreitung eines im Körper bereits vorhandenen tuberculösen Herdes handle, möchte ich die genaue Betrachtung der von Lebert, Mendelsohn und der zwei oben angeführten Fälle entgegenhalten: der absolute Mangel einer hereditären Belastung, die vollständige Gesundheit vor dem Unfalle, der scharfe Contrast zwischen dem Befinden vor und nach der oft geringfügigen Verletzung, indem die Patienten aus der Blüthe der Kraft und Lebensfrische einem chronischen Siechthum verfallen, sodann die Erwägung der günstigen Verhältnisse die durch das Trauma in der Lunge für die Entwickelung des Myobacterium Tuberculosis geschaffen werden und die zur Entwickelung der Phthitis nur den „unglücklichen Zufall" die Infection benöthigen, alles dies muss uns zur Ueberzeugung leiten, dass zwischen Trauma und Phthisis ein causaler Zusammenhang vorhanden ist. Es sollte diese Erwägung gehörig gewürdigt und die Existenz der traumatischen Phthisis allgemein anerkannt sein, da der Gegenstand forensisch eine wichtige Rolle spielt und oft Anlass zu unangenehmen Widersprüchen geben kann; die sichere Annahme des causalen Zusammenhangs zeigt uns den stricten Weg der Behandlung an, die sich weniger auf den chirurgischen Theil der direct sichtbaren Verletzung beziehen soll, sondern vor allem die Prophylaxe gegen die mögliche Infection beobachten muss. Die Immobilisirungsdauer des Thorax, die je nach Lage des Falles nothwendig sein wird, muss auf die kürzeste Zeit beschränkt werden, da der Patient ohnedies in Folge des Schmerzes die Neigung hat, die betroffene Seite bei der Athmung zu schonen, die Ventilation der Lunge dadurch also mangelhaft wird; ferner sind die Patienten aus einer schädlichen Sphäre fern zu halten, vor allem, soweit es thunlich, nicht Hospitälern zuzuweisen, wo die Chance für die Tuberkel-Infection eine grosse ist. Man sollte schon von Anfang an bei einer auch leichten Verletzung, die einen Insult des Lungengewebes in sich schliessen könnte, mit der Möglichkeit einer tuberculösen Infection rechnen und den Patienten nach den Cautelen und hygienischen Maassnahmen der bezeichneten Infection behandeln.

1187 Madison Ave.

Referate und Kritiken.

Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes. Von Dr. Albert Rosenberg. II. Auflage. Berlin, bei S. Karger 1898.

Wir haben in Deutschland keinen Mangel an Lehrbüchern der Laryngologie und der verwandten Gebiete. Wenn daher eines derselben in verhältnissmässig kurzer Zeit zum zweiten Male aufgelegt werden muss, so ist dies ein Beweis dafür, dass es den Anforderungen, die man an ein solches Werk zu stellen berechtigt ist, in jeder Beziehung genügt.

Dr. Albert Rosenberg's Lehrbuch der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes, das im Jahre 1893 in erster Auflage herauskam, wurde, vom Verfasser neu bearbeitet und erweitert, in diesem Jahre dem ärztlichen Publikum bereits in zweiter Auflage geboten. Diesen Erfolg verdankt das Werk des angesehenen Berliner Laryngologen wohl hauptsächlich dem Umstande, dass es, an der Hand einer reichen Erfahrung, in einer Weise geschrieben ist, die es für den in der allgemeinen Praxis stehenden Arzt besonders werthvoll macht. Es giebt, ohne sich allzusehr in specialistische Details zu verlieren, alles Wesentliche aus der Pathologie der betreffenden Organgruppe. Die wichtigeren, durch ihr häufiges Vorkommen für den Praktiker interessanteren Erkrankungen, sind in mehr ausführlicher Weise bedacht worden, während die selteneren kürzer abgehandelt werden. Wer sich also, ohne Spezialist zu sein, einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Laryngologie etc. verschaffen will, wird durch diese Anordnung von vornherein ein Bild von der verschiedenen Häufigkeit und praktischen Bedeutung der in den einzelnen Abschnitten besprochenen pathologischen Zuständen gewinnen.

Es ist dem Verfasser aussergewöhnlich gut gelungen, bei der Vertheilung seines Stoffes das richtige Maass zu finden: Er bietet nirgends zu viel und nirgends zu wenig. In manchen Kapiteln ist es erstaunlich, wie viel Inhalt auf wenige Seiten zusammengedrängt worden ist, ohne dass hierdurch das Gesagte an Klarheit und Uebersichtlichkeit Einbusse erleidet. Erwähnenswerth erscheint in dieser Hinsicht der Abschnitt über die Neubildungen des Kehlkopfes, speciell der das Carcinoma laryngis betreffende Theil. Diese Krankheit, die, seitdem sie durch das Leiden Kaiser Friedrichs in den Vordergrund des allgemeinen Interesses gerückt ist, den Fleiss und die Beobachtungsgabe so vieler bedeutender Laryngologen auf sich vereinigt hat, erfährt in Rosenberg's Buche eine, den neuesten Forschungen entsprechende, eindringliche und prägnante Darstellung. In der Eindringlichkeit und Prägnanz des Vortrages liegt überhaupt ein wesentlicher Vorzug des Buches.

Nur eine langjährige Erfahrung als Lehrer, ein vollständiges Vertrautsein mit dem Bedürfniss des Lernenden, verleiht die Fähigkeit, so zu schreiben. Dem Spezialisten wird es bekanntlich oft nicht leicht, sich eine ausführliche Discussion über die offenen und umstrittenen Punkte der Wissenschaft zu versagen, ganz besonders auf dem heute so actuellen Gebiete der neuropathischen Lähmungen der Kehlkopfmuskulatur. Rosenberg theilt mit kritischem Scharfblick die Ergebnisse der be-

merkenswerthen in dieser Hinsicht gemachten Experimente sachlich mit, ohne indessen den Leser mit Heranziehung der grossen Menge von Literatur zu belasten, die der Kampf um den Recurrens bis heute zu Tage gefördert hat, und deren Kenntniss der mit den Grundfragen bereits Vertraute, sich stets aus den Originalarbeiten holen wird. Wer dies Kapitel mit Aufmerksamkeit, unter Betrachtung der beigefügten Figuren, durchliest, wird eine den Bedürfnissen des Praktikers völlig genügende Einsicht in die einschlägigen Erscheinungen gewinnen.

Aehnliche Vorzüge knapper und gediegener Darstellung lassen sich in dem Abschnitte über spezielle Pathologie des Rachens, den Kapiteln „Angina lacunaris" und „Diphtheria faucicum" nachrühmen. Desgleichen wird z. B. die Tuberculose des Kehlkopfs ohne jede Weitschweifigkeit, aber doch ohne irgend etwas practisch Bedeutsames wegzulassen, abgehandelt.

Die Technik der Untersuchung setzt Rosenberg in leicht verständlicher Form auseinander, und schickt zur anatomischen Orientirung jedem Haupttheile des Buches einen kurzen Abriss der Anatomie und des histologischen Aufbaus der betreffenden Organe voraus. Die Abbildungen sind im ganzen übersichtlich und wohl gelungen, wennschon gelegentlich die in die Zeichnungen hineingedruckten Ziffern nicht ganz deutlich hervortreten, wodurch das Auffinden etwas erschwert wird. Auch für die histologischen Angaben wurden die neueren Arbeiten verwerthet, so z. B. in dem Abschnitt über Neubildungen des Kehlkopfs diejenigen von Alexander.

Es ist Rosenberg gelungen, das Ganze in durchaus angenehmer und anregender Form darzustellen. Einzelne kleine Lässigkeiten im Satzbau hätte der Verfasser, auf dem neben seiner literarischen Thätigkeit noch die Pflichten einer sehr bedeutenden Praxis lasten, bei ganz genauer Correctur sicher leicht vermeiden können. Sein Werk wird auch in zweiter Auflage den Collegen willkommen sein, die sich diesem erprobten Führer, beim Eindringen in die behandelten Spezialgebiete, mit voller Ruhe anvertrauen dürfen.

Dr. Julius Derenberg-Berlin.

Jahrbuch der practischen Medicin. Herausgegeben von Dr. J. Schwalbe in Berlin. Jahrgang 1899. 4., 5. und 6. Heft. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1899.

Von Schwalbe's Jahrbuch der practischen Medicin sind nunmehr die Schlusshefte erschienen, so dass jetzt der Jahrgang 1899 vollendet vorliegt. In den drei letzten Heften ist das Capitel über Geburtshülfe und Gynäcologie (Dr. P. Strassmann in Berlin) zum Abschluss gebracht. Des weiteren werden abgehandelt die Abschnitte über Augenheilkunde von Prof. C. Horstmann (Berlin), über Ohrenkrankheiten von Sanitätsrath Dr. Schwabach (Berlin), über Krankheiten der Nase, des Nasenrachenraums, des Mundes, des Kehlkopfs und der Luftröhre von Prof. Dr. A. Jurasz (Heidelberg). Ueber Haut- und venerische Krankheiten wird von Dr. Max Joseph (Berlin), über die Kinderkrankheiten von Privatdocent Dr. H. Neumann (Berlin) referirt. Die Bearbeitung der Abschnitte über Klimatologie, Balneologie, Hydro-

therapie stammt von dem Kais. Rath Docent Dr. Clar (Wien-Gleichenberg); über Arzneimittellehre und Toxicologie berichtet Prof. Dr. R. Gottlieb (Heidelberg), über Gerichtliche Medicin Dr. Georg Puppe (Berlin) und über öffentliches Gesundheitswesen Geh. Hofrath Prof. A. Gärtner in Jena. Die kurze Angabe des Inhalts nebst Nennung der betr. Verfasser der einzelnen Abschnitte dürften zur Genüge darthun, was das Schwalbe'sche Jahrbuch den Aerzten bietet. Man kann getrost behaupten, dass der practische Arzt, der sich des Jahrbuches bedient, wissenschaftlich auf der Höhe der Zeit bleibt, auch wenn ihm sein Beruf keine Zeit gelassen hat, die mannigfaltigsten Fachzeitschriften zu lesen. Der Inhalt des Jahrbuches hat gegenüber den früheren Bänden principiell keine Veränderungen erfahren. Zu bemerken wäre nur die Berücksichtigung der Publicationen aus dem Gebiete der ärztlichen Sachverständigthätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen (im Abschnitt „Gerichtliche Medicin") und eine Erweiterung des Abschnittes „Oeffentliches Gesundheitswesen."

Specielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. Hermann Nothnagel. XII. Band, II. Theil, III. Abtheilung. Chorea, Paralysis agitans, Paramyoclonus multiplex (Myoklonie). Von Prof. Dr. R. Wollenberg in Hamburg. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1899.

Verf. giebt zunächst einen kurzen Ueberblick über die Geschichte der Chorea und weist besonders darauf hin, dass bis in die neueste Zeit der Krankheitsbegriff der Chorea kein einheitlicher gewesen ist, und das liegt daran, dass man einerseits die Fälle von symptomatischer Chorea, andererseits diejenigen der von Huntington beschriebenen besonderen Formen mit der Sydenham'schen Chorea vermischt hat. Demgegenüber ist festzustellen, dass die Sydenham'sche Chorea durchaus eine Krankheit sui generis ist, welche mit der Huntington'schen nur die eigenartigen Bewegungen gemein hat, sich sonst aber sowohl in klinischer als auch in ätiologischer Beziehung sehr wesentlich von ihr unterscheidet, dass sie sich hingegen zu den Fällen von symptomatischer Chorea ähnlich verhält, wie die genuine Epilepsie zu den mit epileptiformen Krämpfen verbundenen organischen Gehirnkrankheiten. Um hier Klarheit zu schaffen hat Verf. folgende Bezeichnungen gewählt: 1. Infectiöse Chorea (Sydenham'sche Chorea, Chorea minor). 2. Degenerative Chorea (Huntington'sche Chorea). 3. Choreiforme Zustände. Diese drei Abschnitte werden vom Verf. auf das Eingehendste behandelt, desgleichen das folgende Capitel über Paralysis agitans. Etwas kürzer geschildert ist der Abschnitt über Myoklonie. Die Darstellung des Krankheitsbildes, dem Friedreich zuerst unter der Bezeichnung „Paramyoclonus multiplex" eine selbstständige Stellung unter den motorischen Neurosen zu verschaffen gesucht hat, ist deshalb besonders schwierig, weil es sich hier nicht nur um eine sehr schwer abgrenzbare, sondern auch um eine anscheinend verhältnissmässig seltene Erkrankung handelt, deren Casuistik noch recht mangelhaft ist. Reichhaltige Literaturverzeichnisse und instructive Abbildungen und Tafeln vervollkommnen noch die vorzüglichen Schilderungen der einzelnen Krankheitsbilder.

Dasselbe. VII. Band, VII. Theil. Der Diabetes insipidus. Von Priv.-Doc. D. Gerhardt in Strassburg. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1899.

Verf. bespricht ziemlich eingehend Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie und Therapie des Diabetes insipidus, der zu den selteneren Krankheiten gehört. Denn unter 113,000 Patienten, die von 1877 bis 1896 in der Berliner Charité verpflegt wurden, waren 55 oder 0,048 Procent von ihr befallen.

Dasselbe. VII. Band, II. Theil, II. Abtheilung. Vegetationsstörungen und Systemerkrankungen der Knochen. Von Maximilian Sternberg in Wien. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1899.

Die vorliegende Arbeit behandelt die Abschnitte über Zwergwuchs, Riesenwuchs, allgemeine Hyperostose und Hyperostose des Schädels, Osteopsathyrosis, Neubildungen, Ostitis deformans, Toxigene Osteo-Periostitis ossificans, nebst verschiedenen noch ungenügend bekannten Knochenerkrankungen. Zehn Abbildungen und ein Literaturverzeichniss ergänzen die äusserst interessante Arbeit.

Dasselbe. III. Band, III. Theil. Erysipelas (Rose, Rothlauf) und Erysipeloid. Von Prof. Dr. Hermann Lenhartz in Hamburg. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1899.

Nach Vorausschickung einiger Bemerkungen zur Geschichte des Erysipels, dessen epidemische Verbreitung und Auftreten in Krankenhäusern, Wohnungen, Ortschaften und Ländern, sowie über den Einfluss von Klima, Jahreszeit und Boden, werden in ausführlicher und sachgemässer Weise die Aetiologie und Pathologie der Krankheit besprochen. Hieran schliessen sich die Abschnitte über Diagnose, Prognose und Mortalität, Prophylaxis und Therapie. Letztere zerfällt in die vorzugsweise mechanisch wirkenden Mittel und in die Behandlung mit dem Antistreptococcenserum. Im Anhang werden die Heilwirkungen des spontanen oder willkürlich hervorgerufenen Rothlaufs (Erysipèle salutaire) erörtert, und in Kürze wird noch das unschuldige zoonotische Fingererysipeloid beschrieben.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1899, No. 29 mit 32.

1) A. Hofmann: Die Rolle des Eisens bei der Blutbildung. Zugleich ein Beitrag zum Wesen der Chlorose. (Aus der kgl. medicin. Universitätsklinik zu Halle.) — Verf. fasst die Ergebnisse seiner Untersuchungen in Kürze in Folgendem zusammen: Alles Eisen, einerlei in welcher Form es gereicht wird, sei es das reine Metall oder Ferratin, kommt im Duodenum zur Aufnahme, um dann in Transportzellen mit einem Eiweisskörper verbunden im Blute zu kreisen. Der Wiederersatz der rothen Blutkörperchen ist bei Thieren mit Eisenfütterung ein rascherer, auch der Gehalt des Knochenmarkes in allen seinen Theilen an ihnen nach Fe-Gaben ein reichlicherer, während Milz und Lymphdrüsen keinen

Unterschied zeigen. Der Wiederersatz des Hämoglobins bleibt hinter dem der Erythrocytenzahl etwas zurück, entspricht aber bei Thieren sowohl mit als auch ohne Eisengaben stets nur dem der Blutkörperchen, so dass eine Mehrproduction von Blutfarbstoff durch Verwendung des Metalls nicht statthat. Hieraus ergiebt sich, dass dem Metalle als solchem eine die physiologische Thätigkeit des Knochenmarkes stimulirende, die Heranreifung der in ihm producirten Jugendformen zu kernlosen, in die Circulation eintretenden Erythrocyten beschleunigende Wirkung zukommt. Aus der specifischen, die physiologische Thätigkeit des Knochenmarkes stimulirenden Wirkung des Eisens lässt sich ein Einblick in das Wesen der Chlorose gewinnen, bei der es einen fast unfehlbaren Erfolg aufzuweisen hat. Hiernach besteht diese Krankheit mit der grössten Wahrscheinlichkeit in einer nur zur Pubertätszeit auftretenden, vorübergehenden, verminderten Leistungsfähigkeit, oder einer angeborenen, sich das ganze Leben mehr weniger bemerkbar machenden Hypoplasie des blutbildenden Organes, des Knochenmarks, die sich in schweren Fällen vereinigt mit der von Virchow beschriebenen Hypoplasie der blutführenden Theile, selbst des Geschlechtsapparates. Diese Schwäche des blutbildenden Apparates äussert sich in der Production minderwerthiger, an Form und Hämoglobingehalt krankhaft veränderter Erythrocyten.

2) H. Rieder: Therapeutische Versuche mit Röntgenstrahlen bei infectiösen Processen. (Aus dem hygien. Institut und der 1. med. Klinik zu München.) — Nachdem eine bactericide Wirkung der Röntgenstrahlen durch entsprechende Plattenversuche absolut sicher gestellt war, lag es nahe, die Wirkung dieser Strahlen auch bei Thierversuchen zu erproben. Zur Entscheidung dieser Frage wurden im Münchener hygienischen Institute Mäuse, Kaninchen, Meerschweinchen mit virulenten Milzbrandbacillen, Streptococcen, Staphylococcen u. s. w. subcutan geimpft und direct nach der Impfung der Bestrahlung unterworfen. Die Versuche fielen sämmtliche negativ aus. Nachdem Verf. durch diese Misserfolge die Ueberzeugung gewonnen hatte, dass bei acuten Infectionen nichts zu erreichen ist, machte er sich an die Behandlung chronischer Erkrankungen mit Röntgenstrahlen. Hierzu eignete sich besonders die Tuberculose. Durch die Bestrahlung nun wurde die locale Tuberculose eingedämmt und in manchen Fällen auch die Allgemeininfection verzögert, aber die Thiere gingen trotzdem zu Grunde (manchmal sogar schon früher als die entsprechenden Controlthiere). Es wurden also offenbar durch die Röntgenstrahlen die Lebensbedingungen in irgend einer noch unaufgeklärten Weise geschädigt. Was die Behandlung der chronischen Lungentuberculose beim Menschen anbelangt, so lieferte die vom Verf. versuchte Bestrahlung von an chronischer Lungentuberculose Erkrankten keine ermuthigende Ergebnisse. Der Hauptgrund ist wohl der, dass die Röntgenstrahlen, ohne Schädigung des thierischen oder menschlichen Organismus, nicht in solcher Stärke und so lange Zeit (wie z. B. bei Plattenversuchen) angewendet werden können, als zur Abtödtung der Bacillen nothwendig wäre.

3) Könige: Ein Fall von Verschluss der Arteria subclavia sin. und ihrer Aeste. (Aus dem Diakonissenkrankenhaus in Freiburg i. B.)

— Was die Veranlassung zu einem derartigen ausgedehnten Arterienverschluss anbetrifft, so können locale Ursachen vollkommen ausgeschlossen werden. Man ist vielmehr berechtigt, dass eine gleichzeitig bestehende Herzerkrankung, Mitralinsufficienz, in ursächlichem Zusammenhang mit der Gefässerkrankung steht, indem man annehmen muss, dass der Gefässverschluss durch eine Embolie der Subclavia oder eines ihrer grösseren Aeste zu Stande kam, obwohl auch manche Punkte gegen eine derartige Annahme zu sprechen scheinen.

4) F. Warburg: Ueber Bacteriurie. (Aus dem Augustahospital zu Köln.) — Es handelte sich um einen Fall von Bacteriurie, hervorgerufen durch den Bacillus lactis aerogenes, bei einem 45jährigen Manne. Die Bacteriurie war plötzlich unter Schüttelfrost und Fieber bei einem vorher ganz gesunden Menschen eingetreten; das Fieber hatte drei Tage unter heftigen Stirnkopfschmerzen des Patienten continuirlich angedauert; die bacterielle Trübung des Urins dauerte aber beträchtlich länger an und schwand erst bei Anwendung des Urotropins. Salol war ohne Wirkung gewesen.

5) O. Reinach (München): Ueber Säuglingernährung mit Rahmmischungen. — Neben rationeller quantitativer Zusammensetzung der Nahrung ist ein ebenso grosser Werth auf die möglichste Beschränkung der Gesammtflüssigkeitsmenge zu legen. Die meisten Säuglinge trinken zu viel. Viele Anämien, Obstipationen etc. in den späteren Kinderjahren sind auf motorische und secretorische Schwächezustände der Verdauungsorgane zurückzuführen, die durch allzu grosse Nahrungs- resp. Flüssigkeitsmengen im ersten Lebensjahre bedingt sind.

6) C. Fröhlich (Aschaffenburg): Tannopin, ein neues Antidiarrhoicum. — Verf. hat von dem Tannopin nur günstige Wirkungen gesehen und nie störende Nebenwirkungen beobachtet. Das Mittel kann den kleinsten Säuglingen ohne jegliches Bedenken gegeben werden.

7) R. Pott: Die „Mundfäule der Kinder" und ihre Beziehung zur Maul- und Klauenseuche. — Mit anderen Autoren ist P. der Meinung, dass die Lädirungen der Mundschleimhaut, mit anderen Worten, dass Substanzverluste des Epithels für die Entstehung der Mundfäule bei Kindern aetiologisch eine ungemein wichtige Rolle spielen. Die sporadisch auftretende Mundfäule ist als eine primäre Localinfection aufzufassen. Dabei ist aber stets mehr oder weniger das Allgemeinbefinden der Kinder mit alterirt. Es kann auch vom Magendarmcanal aus eine Allgemeininfection oder Intoxication stattfinden, bei der sich neben der allgemeinen Erkrankung ein typisches „Schleimhautexanthem" der Zungen-, Lippen- und Wangenschleimhaut entwickelt. Thatsächlich ist dies der Fall, wenn Kinder oder Erwachsene nach dem Genuss roher oder nicht genügend gekochter Milch (auch Süssrahmbutter), welche von an Maul- und Klauenseuche erkrankten Kühen stammte, erkranken. So machte P. vor einer Reihe von Jahren die Beobachtung, dass eine ungewöhnlich grosse Zahl von Kindern und gerade solche, welche der besseren Praxis angehörten, an Stomatitis aphthosa erkrankte. Es wurde festgestellt, dass diese Kinder sämmtlich die Milch aus derselben Quelle bezogen hatten, nämlich aus dem landwirthschaftlichen Institut. Wenige Tage später wurde von dem Director dieses Institutes öffentlich bekannt

gemacht, dass aus der Molkerei des landwirthschaftlichen Instituts keine Milch mehr abgegeben werden könne, da unter den Milchkühen die Maul- und Klauenseuche ausgebrochen sei. P. nahm damals keinen Anstand, die geradezu in epidemischer Weise auftretenden „Aphthen" unter der Kinderwelt mit dem Genuss der Milch aus dem durchseuchten Stalle in directen Zusammenhang zu bringen. P. glaubt daher an der Thatsache festhalten zu müssen, dass der Genuss roher oder ungenügend gekochter Milch (auch von Butter), welche von an Maul- und Klauenseuche erkrankten Thieren stammt, beim Menschen, speciell bei Kindern, eine der Thierkrankheit analoge Krankheit hervorzurufen im Stande ist.

8) K. Hasebroek: Zur Nachbehandlung der Verstauchungen von Hand,- Knie- und Fussgelenk. (Aus dem Hamburger Medicomechanischen Zander-Institut.) — Die Schwere und Hartnäckigkeit mancher Functionsstörungen nach Verletzungen stehen oft in keinem Verhältniss zur Leichtigkeit der primären Verletzung selbst. Die Störungen contrastiren bisweilen ausserordentlich mit dem Mangel eines nennenswerthen objectiven Befundes. Besonders auffallend sind in dieser Beziehung immer die Verstauchungen von Hand,- Knie- und Fussgelenk gewesen. Daher ist es zweierlei, was man bei der Nachbehandlung dieser Distorsionen zu erstreben hat: 1. Die Function der Gelenke schmerzfrei zu machen und dadurch die Kraftleistung der an sich ungestörten Musculatur zu erhöhen. 2. Das Gelenk dauernd widerstandsfähig zu machen, dass es selbst grösseren Anforderungen genügen kann, ohne zu verrücken. Dies erreicht Verf. durch Anwendung geeigneter Manchetten und Bandagen, wie sie des Näheren in der Originalarbeit beschrieben sind.

9) F. Krumm (Karlsruhe i. B.): Ueber habituelle Schulterluxation und ihre Radicaloperation. — Verf. hat einen Fall von habitueller Schulterluxation bei einem 49jährigen Manne unter Modification der Ricard'schen Reffnaht in folgender Weise operirt: Die vorderen und seitlichen inneren Partien der Gelenkkapsel wurden extracapsulär durch stumpfes Eingehen mit dem Finger und geschlossener Cooper'scher Scheere bis nach der Achselhöhle hin freigelegt. Dann wurde in der Tiefe der Wunde die Kapsel durch eine fixirende Naht als Beginn einer fortlaufenden Catgutnaht mit einem starken Catgutfaden zusammengerafft und dann durch eine aequatorial von der Tiefe der Achselhöhle innen nach vorne verlaufende Schnürnaht die Kapsel zusammengezogen und in ihrem erweiterten Abschnitt wulstig gefaltet. Durch eine besondere Catgutnaht (senkrecht) wurde die Kapselincisionswunde geschlossen, die Bicepssehne reponirt, ihre Scheide vernäht, die Hautwunde in ihrem oberen Abschnitt durch Seidennähte geschlossen, während aus dem unteren, offen bleibenden Wundwinkel ein nach der Tiefe der Wunde zu eingelegter Jodoformgazestreifen herausgeleitet wurde. Die Heilung erfolgte völlig reactionslos. Der Fall illustrirt sehr gut einerseits den Werth der Ricard'schen Falt- und Reffnaht der Kapsel, auf der anderen Seite auch die Vorzüge eines conservativen Eingriffs gegenüber der Resection.

10) F. Kuhn: Die Verwendung der Glasbausteine (Falconnier) beim Bau von Operations- und Arbeitsräumen. (Aus dem Elisabeth-Krankenhaus, Kassel.)

11) Kollmann (Weilheim): Ein Fall von traumatischer Kniegelenksluxation bei einer 70jährigen Frau. — Es handelte sich um eine incomplete Kniegelenksluxation nach innen. Die Reposition gelang leicht durch Extension und directen Druck auf das obere Tibiaende. Heilung.

12) Dreser: Bemerkungen zu dem Aufsatz Professor Harnack's: Ueber die Giftigkeit des Heroins. — Verf. bestreitet die Schlussfolgerungen Harnack's bezüglich der angeblichen grossen Giftigkeit des Heroins, besonders auch deshalb, weil Harnack zu seinen Versuche eine Thierspecies gewählt hatte, welche mit Reflexsteigerung reagirt und für Untersuchungen über Morphin und seine Derivate zum Vergleich mit dem Menschen am allerungeeignetsten ist, nämlich den Hund. Harnack hat überdies die Athemstillstände bei directer Injection in die Vene eines nur 4.6 kg schweren Hundes dadurch erzeugt, dass er zuerst 0,03 Morph. mur. und sodann auf Morphin noch 0,03 Heroin. mur. injicirt, also das Sechsfache der einmaligen Gabe für einen erwachsenen Menschen; hier bekommt sie ein nur 4,6 kg schwerer Hund. Die Herabsetzung der Einzeldosen von Heroin von Seiten der Elberfelder Farbenfabriken war auf Grund der Arbeiten von Leo und Eulenburg beschlossen worden, weil sich gezeigt hatte, dass die kleineren Dosen für den therapeutischen Zweck meist ausreichten.

13) Kopp München): Ueber neuere Mittel und Methoden zur Therapie und Prophylaxe der Gonorrhoe des Mannes. — K. schickt seiner Arbeit voraus, dass in dem fortwährenden Wechsel neuer Mittel in der Tripperbehandlung das Argent. nitr. sich am besten bewährt hat. Allein da auch der Höllensteinbehandlung mancherlei Nachtheile anhaften, so hat K. auch die neueren Behandlungsmethoden in mehr oder weniger ausgedehnter Weise zur Anwendung gebracht, so vor Allem das Argentamin, das Arganin, das Protargol, das Largin, das Itrol und schliesslich noch Hydrargyr. oxycyanatum. Das Resultat seiner Erfahrungen mit den genannten Mitteln ist u. A. folgendes: Wenn gleich die erwähnten neueren Präparate manche Vorzüge vor den bisher üblichen Behandlungsmethoden aufweisen, sind wir doch nicht in der Lage, dieselben oder eines derselben als ein wirkliches Gonorrhoespecificum zu bezeichnen. Die betr. Präparate haben ihre Vorzüge und ihre Nachtheile, einzelne derselben können zweifellos gewissen Indicationen besser entsprechen, wie die bisher mit Vorliebe geübte Lapisbehandlung. Im Allgemeinen aber scheint ein sehr bedeutender Unterschied in den Resultaten der letzteren gegenüber denjenigen mit den modernen Mitteln nicht zu existiren. Unbedingt zuzugeben ist die geringere Reizung beim Protargol und Itrol, sowie beim Hydrargyr. oxycyanatum. Dass, wie vielfach behauptet wird, die Häufigkeit von Urethritis posterior und von anderen Complicationen bei Anwendung einiger der neueren Medicamente geringer sei, als dies früher der Fall war, hat vielleicht seinen Grund auch darin, dass naturgemäss die zu den Versuchszwecken dienenden Patienten ganz besonders genau und intensiv auf eine recht exacte Durchführung der hygienisch diätetischen Maassnahmen hingewiesen wurden, oder dass solche Fälle, welche in dieser Richtung zu wünschen übrig liessen, aus den Versuchslisten gestrichen wurden. Eine wirklich definitive Ausheilung in kürzester Frist (Abortivcur) wird mit den neueren Medicamenten eben so selten

erreicht, wie mit der älteren Lapisbehandlung. Was die Janet'sche Spülmethode anbelangt, so hat sich dieselbe K. als Abortivbehandlung bei acuten frischen Infectionen nicht bewährt. Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe jedoch kann K. auf Grund seiner persönlichen Erfahrung, die gerade auf dem Gebiete der chronischen Gonorrhoe eine sehr reichliche ist, die Methode der Janet'schen Massenspülungen auf das Wärmste empfehlen. Zur Tripperprophylaxe empfiehlt K. das Condom, die prophylactische Instillation kleiner Mengen einer 2proc. Arg.-Lösung oder noch besser das einfache Auftropfen einer 20proc. Protargolglycerinlösung nach der Cohabitation in die Fossa navicularis, wie sie von Frank in Berlin empfohlen worden ist. Dadurch gelingt es, die Tripperinfection mit Sicherheit zu vermeiden, ohne dass dadurch die Harnröhre irgend welchen Reizungen und Schädigungen ausgesetzt wird.

14) Würdinger: Die Tripperbehandlung im Münchener Garnisonslazareth 1882—1898. — Durch das Studium dieses grossen statistischen Materials und gestützt auf seine persönliche Erfahrung als Ordinarius im Münchener Garnisonslazareth kommt Verf. zu dem Schlusse, dass auch bei der Gonorrhoe die Zahl der empfohlenen Heilmittel im umgekehrten Verhältnisse zu ihrer Wirksamkeit steht; erst eine Masse specifisch antibacterieller Mittel, dann aber, nachdem man sich von ihrer Unwirksamkeit überzeugt hat, Behandlung des kranken Individuums, wobei die hygienisch-diätetischen Maassnahmen im Vordergrunde stehen. Der Verlauf eines Trippers hängt in erster Linie von der Constitution des Inficirten ab: die Heilung wird am meisten unterstützt durch Ruhe, einfache Diät mit Milch und Kälte im acutesten Stadium. Die specifisch antigonorrhoischen Mittel sind — soferne sie nicht reizen — wohl angebracht, doch erfüllen sie zur Zeit die auf sie gesetzten Hoffnungen noch nicht, da sie nicht im Stande sind, jeden Fall einer schnellen Heilung zuzuführen.

15) V. Vogl: Ueber die Verbreitung der ansteckenden Geschlechtskrankheiten in der Armee und im Volk nebst Bemerkungen über die Therapie der Gonorrhoe. — Verf. weist statistisch nach, dass, entgegen anderweitigen Behauptungen, die 2—3proc. Geschlechtserkrankungen (jährlich) in der 2jährigen Militärdienstszeit eine so verschwindend kleine Quote bilden, dass man sagen kann, die Geschlechtskrankheiten haben als Armeekrankheit nichts Besorgnisserregendes und keinen ursächlichen Antheil an deren Weiterverbreitung im Volk. Was die Therapie anbelangt, so steht Verf. so ziemlich auf demselben Standpunkt wie die beiden vorhergehenden Autoren. Bis auf Weiteres und namentlich bis die specifische Therapie uns eine unanfechtbare Statistik bringt über thatsächliche Abkürzung und Vereinfachung des Krankheitsverlaufes, werden die Aerzte sich keiner Unterlassung schuldig machen, wenn sie ihr Verhalten dem Grundsatze unterordnen: Ruhe und Schonung der acut entzündeten Harnröhre und Bekämpfung der hervorstechenden Krankheitserscheinungen durch eine diätetisch-symptomatische Therapie.

16) M. J. Moltschanoff: Ueber das Gonococcentoxin und seine Wirkung auf das Nervensystem. (Aus dem Moskauer bacteriolog. Institut und dem Laborat. der klin. Nervenabth. des kaiserl. St. Katha-

rinenhospitals.) — Auf Grund von Experimenten mit dem Gonococcentoxin an weissen Mäusen, an Meerschweinchen und an Kaninchen nimmt es Verf. für bewiesen an, dass das Gonococcentoxin vollkommen deutliche und bestimmte Veränderungen im Nervensystem hervorzurufen im Stande ist. Diese Veränderungen bestehen in Fällen acuter Intoxication der Thiere in Veränderungen der Zellen der Vorderhörner des Rückenmarks, in geringerem Grade der Zellen der Intervertebralganglien und am geringsten der Zellen in den Kernen der Oblongata und in der Hirnrinde. Bei chronischer Intoxication stehen an erster Stelle die Erscheinungen einer degenerativen Neuritis, zuweilen aber konnte auch Degeneration der hinteren Wurzeln und Hinterstränge des Rückenmarks beobachtet werden.

17) B. Goldberg (Wildungen): Tumor vesicae et Strictura callosa congenita (?) praeputiobalanourethralis. — Beschreibung eines casuistischen Falles.

18) H. Loeb (Mannheim): Harnröhrencapacität und Tripperspritzen. — Die Capacität der Urethra anterior schwankt, bei kranken wie bei gesunden Harnröhren, zwischen ca. 6—20 ccm.; da ein äusserer Anhaltspunkt über die Capacität nicht vorhanden, da es ferner nöthig ist, dass bei der Injectionstherapie der Spritzeninhalt der Harnröhrencapacität entspricht, so muss diese Capacität in jedem einzelnen Fall durch Messung mittels Spritze oder Irrigator festgestellt werden, damit die entsprechende Spritze ordinirt werden kann.

19) E. Harnack: Antwort auf die Bemerkungen Prof. Dreser's zu meinem Aufsatz: Ueber die Giftigkeit des Heroins. — Nach Vorausschickung einer Reihe von polemischen Bemerkungen beschliesst H. seine „Antwort" mit folgenden Worten: „Ich habe an meinem Artikel nichts zu ändern und nichts zurückzunehmen: das Heroin ist meines Erachtens vorschnell der Praxis übergeben worden, und bei seiner Anwendung am Krankenbett ist grösste Vorsicht geboten. Die practische Erfahrung mag nun weiter entscheiden, ob ich Recht habe oder nicht."

20) O. Schaeffer (Heidelberg): Ueber artificielle Muttermundsektropien, hervorgerufen durch Pessare, ein Beitrag zu der Kenntniss von der Funktion der Portio vaginalis und des Scheidengewölbes. — Sch. konnte bei mehreren Patientinnen, die nicht operirt zu werden wünschten und denen er, weil die federnden, dicken Ringe entschieden bessere Wirkung thaten als die massiven oder Hebelpessarien, beobachten, wie in wenigen Wochen oder Monaten unter dem Tragen jener Instrumente bedeutende Eversionen der Muttermundslippen entstanden, wenn mit der Senkung eine Erschlaffung der Gebärmutterwand verbunden war, obwohl vorher monate- oder selbst jahrelange Beobachtungen der Fälle keine Neigung zur Ectropionbildung dargethan hatten. Diese Beobachtung gab Verf. Veranlassung, Betrachtungen über die Ursachen und Entstehensweise des Ectropions überhaupt Betrachtungen anzustellen und das Ergebniss derselben in vorliegender Arbeit zu veröffentlichen. Näheres ist in der Originalarbeit nachzusehen.

21) W. Bihler: Zur Diagnose von Endothelerkrankungen der Hornhaut mittelst Fluorescein, insbesondere bei beginnender Ophthalmie. (Aus der Universitätsaugenklinik zu Freiburg i. Br.) — B. ver-

öffentlicht seine Erfahrungen und Untersuchungen mit der von Straub in die Augenheilkunde eingeführten Grünfärbung der Hornhaut und Conjunctiva mit Fluorescein, besonders auch im Hinblick darauf, dass E. v. Hippel gezeigt hatte, dass es auf die gleiche Weise möglich sei, bei intactem Oberflächenepithel Veränderungen des Endothels der Descemet'schen Membran sich zu Gesicht zu bringen.

22) H. Rieder und J. Rosenthal: Momentaufnahme des Thorax mit Röntgenstrahlen. Vorläufige Mittheilung. — Während man bisher scharfe Röntgenphotogramme des Thorax und der Brustorgane nur bei Leichenaufnahmen erhielt, waren alle vom Lebenden aufgenommene Bilder, da während der Exposition die Athmung nicht ausgeschaltet werden konnte, mehr weniger unscharf, selbst wenn sie mit den besten Apparaten und Hülfsmitteln aufgenommen wurden. Den beiden Verf. ist es nunmehr gelungen, schon in Bruchtheilen einer Secunde scharfe Thoraxbilder zu erzielen. Sie erreichten dies mit Hülfe der Voltohm-Röntgenapparate. Die Umrisse des Herzens sowohl als der Zwerchfellkuppen markiren sich durch scharfe Linien auf den Bildern, während die Grenzlinien der genannten Organe auf den bisherigen, bei Lebenden aufgenommenen Bildern unscharf waren, ja häufig nur undeutlich sich zu erkennen gaben.

23) Wetzel (Schweinfurt): Ueber Osteomalacie. — W. giebt in Kürze Geschichte und Literatur der Osteomalacie und schildert im Anschluss hieran einen von ihm beobachteten Fall bei einer 41jährigen Frau, der letal endete. Der Tod war erfolgt an einer frischen durch Kothstauung bedingten Peritonitis, wäre aber in Folge der fettigen Degeneration der inneren Organe ohnedies nicht mehr lange aufzuhalten gewesen.

24) Weisbecker (Gedern, Oberhessen): Wie gewinnen wir Blutserum zu Heilzwecken von menschlichen Reconvalescenten? — Verf., der sich schon seit Jahren mit der Serumtherapie beschäftigt hat, schildert das Verfahren der Blutserumgewinnung vermittelst Venäsection und giebt den richtigen Zeitpunkt an, an welchem die Blutentziehung ausgeführt werden soll.

Centralblatt für innere Medicin, 1899, No. 29 mit 32.

1) E. von Czyhlarz: Zur Lehre von der Bedeutung der Hyperthermirung für den thierischen Organismus. (Aus der 1. med. Klinik Hofrath Nothnagel.) — Verf. verwandte zu seinen Versuchen die Methode der künstlichen Hyperthermirung durch den Hirnstich und untersuchte bei 10 Kaninchen, ob sich darnach Gewebsveränderungen finden lassen. Das Resultat dieser Untersuchungen war, dass sich in keinem Falle Verfettung nachweisen liess. Eben so wenig war an frischen Präparaten parenchymatöse Degeneration nachzuweisen. Die Untersuchung des Blutes ergab ebenfalls keinen Unterschied von normalen Thieren. Speciell das Verhalten des specifischen Gewichtes ergab die gleichen Verhältnisse wie bei den Controllthieren.

2) J. M. Rosenblatt (Odessa): Zum Nachweis der Tuberkelbacillen in den Fäces. — R. giebt dem Pat. Tinct. opii, bis der Stuhl hart und wurstförmig wird. Dann untersucht er ausschliesslich die Oberfläche, eventuell, falls sich schleimig-eitrige Partien finden, diese. Dort findet

man ohne Schwierigkeiten bereits in den ersten Präparaten die Bacillen. Der Grund dieser Erscheinung liegt darin, dass die harten Scybala beim Passiren der ulcerirten Flächen die Bacillen mitreissen, während dieselben in der grossen Masse der diarrhoischen Stühle verschwinden.

3) L. Grünwald (München): Eine neue Art von Elementarkörnchen (Granula) im Blut, Auswurf und Geweben des Menschen. — G. hat gefunden, dass die weitaus grösste Anzahl der Rundzellen des Auswurfs, der serös-eitrigen Exsudate (Pleura und Pericard), des Gewebseiters und endlich auch entzündlicher Neubildungen feine bis feinste Granula enthalten, welche durch Eosin gefärbt, aber durch Säuren, grösstentheils auch durch Alkalien wieder entfärbt werden und in Ehrlich's Triacid im Gegensatz zu den (gewöhnlich) sich orangefarben darstellenden gröberen eosinophilen Körnchen fuchsinroth erscheinen. Es sind somit eine grosse Reihe von Zellen, welche man bisher blos von homogenem Protoplasma gefüllt kannte, von Körnchen belebt, während andere Zellen, deren Körnung man als neutrophil ansah, jetzt einen andersartigen Befund darbieten. Diese neue Art von Körnchen hat G. als „hypeosinophile" bezeichnet.

4) Friedeberg (Magdeburg): Zur Anwendung des Naftalan. — F. fasst das Ergebniss seiner Beobachtungen dahin zusammen, dass das Naftalan bei den in das Gebiet des Eczems fallenden Hauterkrankungen ein äusserst werthvolles Arzneimittel ist; das Gleiche gilt für Behandlung der Epididymitis. Werthlos dagegen ist es in der Therapie der Acne und des Gelenkrheumatismus. Endlich ist man bei Psoriasis und Ulcus cruris, sowohl wie in leichteren Fällen von Pleuritis sicca und exsudativa wohl berechtigt mit oder neben anderen älteren Medicamenten das Naftalan mit Aussicht auf Erfolg anzuwenden.

5) L. Ferrannini: Ueber dreischlägigen Rhythmus bei Mitralstenose, bedingt durch Hinzutreten eines zweiten diastolischen Tons an der zweizipfligen Klappe. (Aus der königl. med. Universitätsklinik zu Palermo.) — Verf. hatte Gelegenheit, bei 9 Kranken den von Sansom und Potain beschriebenen 3. Herzton zu beobachten. Bei allen diesen Kranken hörte man an der Herzspitze einen kräftigen, rauhen 1. Ton, dem ein 2. normaler, etwas schwächerer Ton nachfolgte und ganz kurz hinter demselben noch einen kürzeren, höheren 3. reinen Ton. Nach Verfassers Ansicht ist der dreischlägige Rhythmus in erster Linie abhängig vom Blutdruck, in zweiter von der Pulsfrequenz; er ist characteristisch für Mitralstenose, sei es nun, dass er wechselnd und combinirt mit einem präsystolischen Geräusch oder einer Spaltung des 2. Tons ist.

Centralblatt für Chirurgie. 1899, No. 29 mit 32.

1) C. Lauenstein (Hamburg): Der „Ventilverschluss" in den Gallenwegen durch Steine und seine Folgezustände. — In gleicher Weise wie Langenbuch und A. ist L. durch seine Erfahrungen an mehr als 80 Operationen an den Gallenwegen auf die Wirkung der Gallensteine als Ventilverschlüsse aufmerksam geworden. So hat er in mehreren Fällen bei der Operation Gallensteinkranker eine vollkommen leere Gallenblase gefunden, d. h. eine weder mit Galle noch mit Steinen gefüllte Gallenblase. In allen diesen Fällen wurden Steine und zwar

meist kleine Exemplare im Cysticus gefunden. Nach L.'s Ueberzeugung lässt sich die Erscheinung der vollkommenen Entleerung der Gallenblase bei durchgängigem, aber Steine beherbergenden Cysticus nur durch den Mechanismus eines Ventilverschlusses erklären. Man muss annehmen, dass die Steine dem Abfluss aus der Gallenblase durch den Cysticus nicht gehindert haben, während sie den Zufluss von Galle durch den Cysticus von der Leber her verhinderten. Diejenigen Fälle hinwiederum von Hydrops der Gallenblase, ferner von prall angefüllter Gallenblase, mit rein galligem Inhalt, sowie manche Fälle von Empyem der Gallenblase und manche Beispiele von enorm erweiterter resp. vergrösserter Gallenblase bei Anwesenheit von Steinen im Gallenblasenhals oder im Cysticus lassen sich kaum auf andere Weise erklären, als durch Ventilverschlüsse von Seiten der Steine. Hier wirkt der Ventilverschluss umgekehrt wie bei der leeren Gallenblase. Der Zufluss zur Gallenblase ist ermöglicht, dagegen der Ausfluss aus der Gallenblase verhindert.

2) Tavel (Bern): Ueber die schubweise auftretende entzündliche Schwellung bei Lymphangiomen. — T. sucht durch einen von ihm beobachteten Fall den Nachweis zu liefern, dass die schubweise auftretende Entzündung des Lymphangioms infectiöser Natur sein kann und wohl auch in den meisten Fällen ist.

3) D. Morisani: Ueber einen neuen operativen Invaginationsprocess bei geradlinigen Darmanastomosen. (Aus dem Institut für klin. Chirurgie und Pathologie der Universität in Genua.) — M.'s Verfahren besteht in der Invaginationsmethode mit Resection der Schleimhaut. Näheres ist in der Originalarbeit nachzulesen.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899, No. 26 mit 32.

1) L. Thumim: Zur Angiothrypsie mit der Hebelklemme. (Aus Prof. L. Landau's Frauenklinik in Berlin.) — Th. berichtet über 99 Fälle, in denen die Hebelklemme zur Anwendung gelangt war. In keinem dieser Fälle wurde eine Nachblutung erlebt, ebensowenig ist irgend eine Nebenverletzung, sei es an Blase, Ureteren oder Darm, zu verzeichnen.

2) Th. Landau: Bemerkungen zu obigem Aufsatz. — L. hat die meisten der von Thumim berichteten Fälle operirt und fasst sein Urtheil dahin zusammen, dass das Princip der Angiothrypsie sich Bürgerrecht erworben hat. Von allen bis jetzt gefundenen Instrumenten, welche dieser Idee dienen, erscheint ihm das von Thumim construirte als das vollkommenste, schon wegen seiner Einfachheit in Construction und Anwendung. Freilich setzt die Anwendung des Instrumentes voraus, dass der Operateur nicht bloss die Technik der Hebelklemme, sondern auch die Technik der vaginalen Radicaloperation beherrscht.

3) E. M. Simons (Berlin): Entozoen in der Gebärmutter. — S. beschreibt einen Fall, in dem er im Cervicalcanal zwei Exemplare von Oxyuris vermicularis gefunden hat.

4) H. Ludwig: Ein Fall von wiederholtem Fundalschnitt. (Aus der Klinik Chrobak in Wien.) — Beide Male wurde durch den Fundalschnitt ein lebendes Kind extrahirt. Die zweite Operation wurde in der

alten Narbe angelegt, die sehr fest und nirgends diastasirt ist. Glatte Heilung.

5) H. Cramer: Geburtshilfliche Verletzung des kindlichen Auges. (Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Bonn.) — Verf. schildert einen Fall, indem durch Anlegen der Zange eine Fractur des Stirnbeins und des Arcus orbitalis bewirkt wurde. Die Folge davon war eine starke Quetschung des Bulbus, die schliesslich zum Zerplatzen desselben vorn in der Cornea führte. Phthisis bulbi.

6) L. Knapp: Ueber Thermophorapparate in der geburtshilflichen Praxis. (Aus der k. k. deutschen geburtshilfl. Universitätsklinik zu Prag.) — K. beschreibt die Vortheile der Thermophore für die Geburtshülfe, die hauptsächlich darin bestehen, dass immer genügende Mengen temperirten Wassers vorhanden sind für Desinficirung, Blutstillung etc.

7) C. H. Stratz: Plastischer Verschluss einer Hernia ventralis durch einen myomatösen Uterus. — Vor 8 Jahren Entfernung einer linksseitigen Pyosalpinx durch Laparotomie. Im Anschluss daran hatte sich eine Bauchhernie entwickelt, ausserdem starke Blutungen. Laparotomie, Lösung starker Adhäsionen, Entfernung der rechtsseitigen Adnexa. Verschliessung des Bruchsackes durch den myomatösen Fundus. Anfangs gutes Resultat, doch später tritt als Folge der Castration ein in diesem Falle nicht gewünschtes Kleinerwerden der Myome ein, wodurch statt der früheren Hernie ein nach innen gezogener Trichter entsteht.

8) E. Opitz: Noch einmal: Ueber automatische Herzthätigkeit menschlicher Foeten. Eine Erwiederung auf den Aufsatz von F. Neugebauer.

9) G. J. Lebedeff: Ueber die Behandlung der Entzündungen des Uterus und seiner Adnexe durch intra-uterine Injectionen. — Nach ausführlicher Schilderung der Technik der Injection giebt Verf. mehrere Krankengeschichten bekannt, aus denen erhellt, einen wie günstigen Einfluss die intra-uterinen Injectionen mit alcoholischer Jodlösung mit Zusatz von Alumnol auf die erkrankte und entzündete Uterusschleimhaut ausüben. Durch die wiederholtten Injectionen wurde die erkrankte Schleimhaut necrotisirt und abgestossen. Nachdem die Injectionen beendet, regenerirt die Schleimhaut bis zum Normalen. Die Gonococcen gehen durch die Jodinjectionen zu Grunde und verschwinden aus dem Secret. Die Menstruation, die während der Behandlung auf 2—3 Monate sistirte, tritt wieder ein und verläuft nun normal. Die Entzündung der Adnexe nimmt ab. Auf das Verschwinden der Entzündungserscheinungen des Uterus und seiner Adnexe wirkt unbedingt: die zeitweise Ruhe in der Geschlechtssphäre, die aufhört ein Infectionsherd zu sein für die umliegenden Gewebe und Organe, und, einmal wieder normal, keinen schädlichen Einfluss auf die Ovarien ausübt. Die intrauterinen Injectionen sind dort besonders indidicirt, wo die Infection und Entzündung des Uterus noch nicht überschritten. Die Ausschabung allein der Uterusschleimhaut führt in solchen Fällen häufig nicht zum Ziel.

10) H. Thomson und A. Schwartz (Odessa): Zur spontanen Uterusruptur. — Th. konnte bei einer 38jährigen Mehrgebärenden eine Uterusruptur constatiren. Laparotomie, Heilung. In aetiologischer Beziehung konnte Sch. durch seine Untersuchung feststellen, dass in erster

Linie der ganze Uterus in Bezug auf die Beeinträchtigung der Beschaffenheit und Leistungsfähigkeit der elastischen Fasern schwer betroffen war — eine Affection, welche an der Rissstelle ihren stärksten Ausdruck findet — dass aber zugleich die Muskelzellen eine Veränderung erlitten haben, welche der colloiden oder hyalinen Degeneration nahe steht und an der Zerreisslichkeit des Organs wahrscheinlich mitbetheiligt ist.

11) E. M. Simons (Berlin): Zur Angiotripsie. — S. beschreibt einen Fall, der die Leistungsfähigkeit der Thumim'schen Hebelklemme illustrirt. — Verf. kann den von Schwarze geäusserten Bedenken (s. No. 21 ds. Centralbl.) nur theilweise beistimmen.

12) J. Coplin Stinson (San Francisco, Cal.): Nephrorhaphie und gleichzeitige Entfernung der Appendix durch Lumbalschnitt bei rechtsseitiger Wanderniere und schmerzhafter Appendicitis. — St. schildert einen Fall von gleichzeitiger Operation an der Niere und am Wurmfortsatz durch die typische Lumbaloperation.

13) W. Pit'ha: Kasuistischer Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie des Puerperaltetanus. (Aus der böhm. geburtshilfl. Klinik des Prof. Dr. K. Pawlik.) — Die eingehende Arbeit des Verf. beschäftigt sich mit einer in der Prager Landesgebäranstalt aufgetretenen Endemie von Puerperaltetanus. Nach der Localisation unterscheidet P. drei Infectionsarten: 1. Endometrische Localisation, und zwar, a. reine Tetanusinfection, b. Mischinfection. 2. Vaginale oder perineale Localisation (diese ist vollkommen analog dem traumatischen Tetanus mit subcutaner Localisation). 3. Endometrische und vaginale Localisation. Demnach wäre die Hysterectomie nur im Falle einer endometrischen Localisation am Platze. Aber auch da zeigte es sich, dass in diesen Fällen die Operation allzu spät vorgenommen wird, nachdem bereits so viel Toxine resorbirt sind, dass ihr Quantum zur Vernichtung der motorischen lebenswichtigen Centren mehr als genügend ist. Es sollte also, um die Prognose zu bessern, die Operation noch früher ausgeführt werden, bevor noch diese grössere Resorption der Toxine stattgefunden hat. Im Ganzen macht der Puerperaltetanus immer den Eindruck einer acuten Erkrankung, und nur selten ist der Verlauf ein subacuter. Dieser vielfach rasche Verlauf und die schwere Art des Puerperaltetanus beruhen vielleicht auch auf der Localisation. Der Verlauf der endometrischen Formen wird wahrscheinlich am acutesten sein, und deshalb ist diese Art die verderblichste. Es ist dies vielleicht theils damit bedingt, dass die Bedingungen für die Entwicklung dieser Bacillen in der Gebärmutter nach der Geburt sehr günstig sind, theils dadurch, dass der mächtige, lymphatische Apparat eine weitere günstige Bedingung für die rasche Resorption einer grossen Menge Toxins bildet. Verf. giebt dann die Krankengeschichte von 10 Fällen, die sämmtlich mit Exitus endeten. Alle therapeutischen, sowohl medicamentöse, als auch operative, Heilverfahren zeigten sich wirkungslos. Chloroform, Chloralhydrat und Morphium wurden nur zur Milderung des unerträglichen Zustandes wegen ständiger Krämpfe benutzt. Die chirurgische Therapie — die Entfernung des Infectionsherds — wurde zu dem Zwecke ausgeführt, um das weitere Eindringen der Toxine in das Blut zu verhindern. Allein der Verlauf nach der Operation war stets ein ungünstiger, und aus die-

sem Grunde kann die Ausführung derselben auch bei richtiger bacteriologischer Diagnose nicht empfohlen werden. Gleichen Misserfolg hatte die subcutane Serumtherapie aufzuweisen, denn in keinem einzigen Falle war dieselbe von günstigem Erfolg begleitet. Dagegen wird in der Klinik seit September vorigen Jahres bei jeder operirten Frau die Präventivinjection von Tetanusserum ausgeführt, und von dieser Zeit an kam kein Tetanusfuall in der Klinik mehr vor. Verf. ist daher der festen Ueberzeugung, dass neben der ängstlich ausgeführten Antisepsis hauptsächlich auch die Präventivinjection zur Verhinderung des Auftretens weiterer Fälle beigetragen hat.

14) F. Engelmann: Ueber die Verwendung des Protargol an Stelle des Argentum nitricum bei der Crede'schen Einträufelung. (Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Bonn.) — Die Beobachtung an den Augen von 100 Neugeborenen hat gezeigt, dass das Protargol nur ganz geringfügige irritirende Wirkungen besitzt; und wenn nach diesen Beobachtungen ein Urtheil erlaubt ist, so geht dies dahin, dass die fast reizlose 20-procentige Protargollösung der stark reizenden 2-procentigen Argentumlösung bei der prophylactischen Einträufelung nach Crede entschieden vorzuziehen ist.

15) A. v. Gubaroff (Moskau): Ueber das Vermeiden der präventiven Blutstillung bei Köliotomien. — G. vermeidet die Massenligaturen und unterbindet alle Arterien immer nur einzeln. Die Vortheile dieses Verfahrens sind folgende: Man ist immer im Stande, genau zu wissen, was man durchschneidet, weil die Gewebe und ihre anatomischen Verhältnisse nicht alterirt werden, was bei vorheriger Zusammenziehung derselben durch präventive Ligaturen immer der Fall ist. Es wird nur das unterbunden, was wirklich blutet, und nicht das, was nur unserer Voraussetzung nach eine Blutung verursachen könnte. Deswegen ist jede Möglichkeit einer Nachblutung ausgeschlossen; dasselbe gilt auch für die Vernähung eines Nerven, des Ureters oder dgl. Die unbeweglichen Geschwülste werden schnell beweglich gmacht. Durch die Vereinfachung der Hämostase gewinnt man viel Zeit und das Operiren gewinnt an Präcision und Sicherheit.

16) J. Borelius (Lund): Zur konservativ-operativen Behandlung der chronischen puerperalen Uterusinversion. — Der Kernpunkt der Methode des Verfassers liegt in der Umstülpung der gespaltenen, noch in Vagina und Vulva liegenden Gebärmutter, Zusammennähen der Spalte, und dann erst Reposition des fertig zusammengenähten Uterus in der Bauchhöhle — durch den Querschnitt im hinteren Scheidengewölbe.

17) F. Schopf (Wien): Eine Hakenzange für Röhrenspecula. — Die von Sch. construirte Zange ermöglicht den Wechsel verschiedener Röhrenspecula bei liegender Zange.

18) Schwarz (Fünfkirchen): Perforation des Uterus mittels Curette. — Sch. berichtet über eine ihm selbst passirte Perforation mit glücklichem Ausgang.

19) F. Neugebauer: Ist die Integrität des Amniosacks eine condition sine qua non für die Weiterentwicklung der Frucht nach erfolgter Ruptur des Fruchthalters und Chorions oder nicht?—N. behauptet, dass die extrauterin gelagerte Frucht auch nach Ruptur des Amnion-

sackes sich weiter zu entwickeln vermag. Das Leben oder Absterben der Frucht nach Ruptur des Fruchthalters hängt nicht von der Integrität des Amnionsackes ab, sondern von der Weiterernährung durch die Nabelschnur und Placenta, d. h. also von Viabilität der Nabelschnur einerseits und von der Leistungsfähigkeit der Placenta andererseits.

20) A. Schücking (Pyrmont): Die vaginale Fixation bei Retroflexio und Prolapsus uteri. — Sch. trennte das zwischen Blase und vorderer Uteruswand befindliche Bindegewebe, das, wenn auch sehr straff werdend, fast bis zum Ansatz der Kuppe des Fundus reicht, und führte dann nur wenig unterhalb der Spitze des Cavum uteri die Nadel dicht unterhalb des Peritonealansatzes durch die vordere Uteruswand. Der Faden wurde zunächst nicht geknüpft. In derselben Weise führte er einen zweiten Seidenfaden durch die Uteruswand. Letzteren fixirte er nun im vorderen Vaginalgewölbe durch einen Knopf resp. ein Drainstück, nachdem er den uterinen Abschnitt des Fadens etwa 12 cm. oberhalb seines Endes mehrfach geknotet und so beim Anziehen des vaginalen Endes dieses Fadens sich einen Stütz- resp. Fixationspunkt gesichert hatte. Der Schluss des Fadens diente zum Herausleiten beim späteren Lösen der Knopfnaht. Dann erst wurde durch Anziehen und Knöpfen des ersten Seidenfadens die spitzwinklige Anteflexionsstellung hergestellt.

21) W. Zangemeister (Berlin): Achsenzugvorrichtung für gefensterte Zangen. — Die von Z. angegebene Vorrichtung besteht darin, dass man nachträglich, wenn die gewöhnliche Zange schon am Kopf liegt, wenn nöthig, noch einen Achsenzug anbringen kann. Die Einführung ist leichter als die einer Achsenzugzange mit festen Schenkeln. Während der Extraction kann, wenn nicht mehr nöthig, die Vorrichtung wieder abgenommen und die Extraction wie gewöhnlich beendet werden.

22) Schwarz (Fünfkirchen): Exstirpation eines um seine Achse mehrfach gedrehten Milztumors. — Casuistische Mittheilung.

23) S. Dietrich: Kaiserschnitt nach Vaginofixatio uteri. (Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Bonn.) — Bei der 27 Jahre alten Erstgebärenden war vor 3 Jahren wegen Retroflexio uteri die Vaginofixation gemacht worden. Rasche Heilung. In der Folgezeit zweimal Anfälle von Pelveoperitonitis. Die Geburt konnte wegen Vorhandenseins eines kindskopfgrossen Tumors hinter dem Introitus auf natürlichem Wege nicht beendet werden, daher wird die Sectio caesarea vorgenommen und ein lebendes Kind extrahirt. Die ganze vordere Wand des Uterus ist durch eine breite, feste Verwachsung nach unten zu fixirt, ohne dass es möglich ist, diese Verwachsung seitlich zu umgreifen. Diese Verwachsung wird ca. in handbreiter Ausdehnung mit dem Messer gelöst. Am 3. Tage Tod durch septische Peritonitis. Der ganze Verlauf des Falles ist geeignet, die Bedenken gegen die Vaginofixatio uteri überhaupt aufs Neue anzuregen.

24) A. v. Walla: Ueber Sectio caesarea mit fundalem Querschnitt. (Mittheilung aus der 1. gynäkolog. Universitätsklinik in Budapest.) — Verf. beschreibt einen casuistischen Fall, der die von Fritsch erwähnten Vortheile bestätigt.

25) O. Fuchs: Ueber einen Fall von Sectio caesarea nach Vagino-

fixation. (Aus der gynäkolog. Abtheilung des Allerheiligen-Hospitals in Dresden.) — Es handelte sich um eine im 45. Lebensjahre stehende Patientin, die 7 normale Entbindungen durchgemacht hatte. Wendung war wegen der drohenden Gefahr ausgeschlossen, Zange und Perforation desgleichen wegen der Unmöglichkeit, den Kindesschädel mit den in Betracht kommenden Instrumenten zu erreichen. Es wurde dann die abdominelle Sectio caesarea ausgeführt. Lebendes Kind, Heilung.

26) M. le Maire: Zur Behandlung der Papilla fissurata. (Aus der königl. Entbindungsanstalt in Kopenhagen.) — Seit einer Reihe von Jahren wurde zur Behandlung der fissurirten Papillen mit dem besten Erfolge Kreolin in Form 1procentiger lauwarmer Compressen angewandt. Das Mittel hat eine entschieden schmerzstillende Wirkung, und was Mastitis anbelangt, so wurde diese Complication nur ganz vereinzelt beobachtet. Bei kleineren Fissuren ist das Orthoform vorzuziehen. Die Heilung wird beschleunigt und die schmerzstillende Wirkung ist grösser. Bei tieferen — blutenden oder secernirenden — Fissuren ist das Orthoform entschieden zu verwerfen. Oft sieht man Irritationsphänomene und Lymphangoitis areolae, und es ist, als ob man dadurch die Pinselungen ein Verstopfen der Milchgänge hervorbringt und dadurch die Entstehung von Mastitis begünstigt.

Virchow's Archiv, Band 156. Heft 2 und 3.

1) G. Schmauch: Ueber endoglobuläre Körperchen in den Erythrocyten der Katze. (Aus dem königl. pathol. Institut zu Königsberg i. Pr.) — Zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

2) R. Binaghi: Ueber die Wirkungen von Fremdkörpern auf den thierischen Organismus. (Aus dem hygien. Institut der kgl. Universität zu Cagliari.) — Auf Grund zahlreicher Thierversuche kommt Verf. zu dem Endergebniss, dass bei den Versuchsthieren das Vorhandensein von Fremdkörpern, wenn diese nicht durch pathogene, virulente Microorganismen verunreinigt sind, wohl verträglich ist mit der Fortdauer des Lebens, ja sogar eine sehr lange Zeit hindurch. Diejenigen Fremdkörper, welche sich wegen ihrer physischen Beschaffenheit von Leucocyten, serösen Strömen, von organischen Flüssigkeiten durchdringen lassen, haben die Neigung, sich in dem Gewebe, in welches sie eingeführt sind, zu organisiren, diejenigen Fremdkörper, welche nicht durchdringbar sind, neigen dagegen dazu, eingekapselt zu werden, einige endlich, welche wegen ihrer besonderen Form mit der Eigenschaft des Wanderns begabt sind, trachten auch aus dem Organismus sich herauszubegeben.

3) P. A. Albrecht: Ueber arterio-mesenterialen Darmverschluss an der Duodenojunalgrenze und seine ursächliche Beziehung zur Magenerweiterung. (Aus dem Leichenhause des St. Galler Kantonspitals.) — A. giebt Krankengeschichte und Sectionsbericht zweier derartiger Fälle aus dem St. Galler Kantonspital. Im Anschluss daran bespricht er ausführlich die Epicrise, die einschlägige Literatur, das Zustandekommen, die Diagnose und die Therapie des Leidens.

4) H. J. Hamburger (Utrecht): Ueber den Einfluss von Kohlensäure, bezw. von Alkali auf das antibacterielle Vermögen von Blut- und Gewebsflüssigkeit, mit besonderer Berücksichtigung von venöser Stauung und Entzündung. — Für ein kurzes Referat nicht geeignet.

5) H. J. Hamburger (Utrecht): Ueber den Einfluss von venöser Stauung und Kohlensäure auf die Phagocytose. — Die Ergebnisse der Untersuchungen des Verfassers sind kurz zusammengefasst folgende: 1. Der Einfluss venöser Stauung auf die Chemotaxis ist im Allgemeinen geringfügig. Wo derselbe sich in den Versuchen geltend machte, war er aber in den meisten Fällen von beeinträchtigender Natur (Milzbrand und Bact. coli gegenüber Hund und Kaninchen). 2. In gleichem Sinne äussert sich der Einfluss venöser Stauung auf das Vermögen der Phagocyten, Bacterien (Milzbrand) in sich aufzunehmen. 3. Nur bedeutende CO_2-Mengen sind im Stande, die Beweglichkeit der Phagocyten dermaassen zu verzögern, dass die Fähigkeit, Kohlepartikelchen in sich aufzunehmen, deutlich beeinträchtigt wird.

6) J. L. W. Thudichum (London): Ueber den chemischen Process der Gallensteinkrankheit beim Menschen und in Thieren. — Der Artikel ist in der Hauptsache eine Polemik gegen Naunyn in Strassburg.

7) K. Buday (Klausenburg, Ungarn): Proliferirendes Adenocystom der Mamma mit Flimmerepithelien. — Es handelte sich um eine adenomatöse Geschwulst, in welcher die Stromabildung durch die mächtige Proliferation der Epithelien völlig in den Hintergrund gestellt wird. B. hält die Erklärung für die zutreffendste, nach welcher in der Geschwulst die veränderten Ernährungsverhältnisse, und noch mehr die formativen Reize, die bei der Geschwulstbildung eine grosse Rolle spielen, eine Metaplasie des Cylinderepithels zu Flimmerepithels veranlassten. Dass so etwas in der Mamma vorkommen kann, wäre um so weniger zu verwundern, als die Mamma den Sitz der mannigfaltigen Bindesubstanz- und epithelialen Geschwülste bildet.

8) A. J. Jarotzky: Ueber die Veränderungen in der Grösse und im Bau der Pankreaszellen bei einigen Arten der Inanition. (Aus dem Laboratorium des städt. Obuchow-Hospitals zu St. Petrsburg.) — Die wesentlichsten Schlussfolgerungen der J.'schen Arbeit sind folgende: 1. Die Untersuchungen über die Veränderungen der Zellelemente des Pankreas bei einigen Arten der Inanition bestätigen vollkommen die Existenz einer gewissen biologischen Autonomie des Kernes. 2. Entsprechend den Veränderungen, welche in den Functions- und Ernährungsbedingungen der Pankreaszellen bei den verschiedenen Arten der Inanition eintreten, verändern sich in bestimmter und constanter Weise nicht nur die Dimensionen der Zellen und Kerne, sondern auch ihre Structur. 3. Jene complicirten und characteristischen Veränderungen des Kernes, welche bei der indirecten Theilung auftreten, haben die Rolle des Kernes im Theilungsprocess der Zelle so sehr in den Vordergrund gerückt, dass man unwillkürlich dem Kerne in den übrigen Lebensäusserungen eine geringere Bedeutung zuschrieb, als gerechtfertigt wäre. 4. Die Langerhans'schen Inseln sind nicht modificirte, gewöhnliche Lobuli der Bauchspeicheldrüse; sie sind selbstständige Organe, die in die Drüsensubstanz eingelagert sind.

9) K. Yamagiva: Beiträge zur Kenntniss der Kakke (Beri-beri.) (Aus dem path. Institut zu Tokio.) — Verf. berichtet in ausführlicher

und höchst interessanter Weise über das Resultat der pathol.-anatomischen und histologischen Untersuchung an dem im path. Institut zu Tokio angesammelten Kakke-Material und bespricht dann an der Hand der gefundenen Thatsachen das Wesen der Kakke. Endlich theilt er noch seine Ansichten von der Kakke-Aetiologie mit. Die Kakke besteht nicht, wie von so vielen Autoren angenommen wird, in einer peripheren multiplen Neuritis, sondern dieselbe bedeutet nach der Auffassung des Verf. eine durch den täglichen Gebrauch einer schlecht aufbewahrten Sorte von gekochtem Reis als Hauptnahrung entstehende Intoxicationskrankheit, welche die Contraction feinerer arterieller Aeste im grossen und kleinen Kreislauf hervorruft, was wieder Dilatation und Hypertrophie des Herzens, locale Anämie der Haut, der Schleimhäute, der peripheren Nerven, Skeletmuskeln und Nieren bedingt, und nedlich regressive Metamorphosen in den genannten Organen und Geweben nach sich zieht.

10) L. Pick: Ueber Adenomyome des Epoophoron und Paroophoron. — Zum Referat nicht geeignet.

11) E. Bauer: Ueber die Wirkung der sogenannten Fixationsabscesse. (Aus der Klinik des Herrn Prof. Dr. Sahli in Bern.) — Verf. verfügt im Ganzen über 25 Versuche über künstliche Abscessbildung bei kranken Menschen. Die Untersuchungen wurden hauptsächlich nach zwei Richtungen hin ausgeführt: zunächst in Hinsicht auf das Verhalten des Blutes, ob nämlich eine Einwirkung auf das Blut speciell auf die Zahl der Leucocyten stattfindet oder nicht, und zweitens auf das Verhalten der Abscesse selbst. Meistens wurde Terpentinöl als Eiterung erzeugendes Mittel gebraucht. Sämmtliche Abscesse wurden steril gefunden. Die Versuchsresultate scheinen für eine künstliche Leucocytose in Folge der Terpentinölabscesse zu sprechen, wenigstens soweit die Versuche die Pneumoniefälle betreffen. Was nun die Frage anbelangt, ob die Anlage der Terpentinabscesse eine günstige therapeutische Wirkung entfaltete, so glaubt Verf. hervorheben zu müssen, dass es hier, wie in manchen anderen therapeutischen Fragen, äusserst schwierig ist, über subjective Eindrücke hinauzukommen und zu entscheiden, ob es sich bei einer scheinbaren Beeinflussung wirklich um ein propter, oder bloss um ein post hoc gehandelt hat. Nur eine numerisch viel mehr ausgedehnte Erfahrung kann hierauf eine bestimmte Antwort geben.

12) G. Vogel: Ueber die Durchgängigkeit der unversehrten Haut des Warmblüters. (Aus dem pharmakol. Institut der Universität Bonn.) — Ein Fall von Vergiftung durch Arsenik, angeblich von der gesunden Haut aus, gab Verf. Veranlassung, die Durchgängigkeit der gesunden Haut des Warmblüters für Arsenik an Thieren und Menschen zu prüfen. Die Versuche ergaben, dass Arsenik in wässeriger Lösung unter gewöhnlichen Verhältnissen in bemerkbarer Menge nicht durch die gesunde Haut des Warmblüters hindurchgeht. Im Anschluss hieran machte V. dann noch 35 ähnliche Versuche mit den verschiedenartigsten Substanzen; das Resultat dieser Versuche ist in der Originalarbeit nachzusehen.

13) A. A. Christomanos: Das Schicksal der rothen Blutkörper-

chen bei Haemoglobinurie. (Aus dem physiol. Institut der Universität zu Athen.) — Zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 28. April 1899.

Vorsitzender: Dr. Florian Krug.

1) Dr. Freudenthal stellt einen Fall von Urticaria laryngis vor.

Discussion. Dr. Einhorn: Ich habe einen Fall beobachtet, bei welchem Urticaria am ganzen Körper und zeitweise auch im Rachen auftrat und zwar derart, dass dadurch Erstickungsanfälle entstanden. Es betraf dies eine Pat., die Dr. Rudisch in Behandlung hatte und die ich mit ihm gesehen habe. Ich glaube, dass es sich um denselben Zustand handelte, wie ihn Dr. Freudenthal soeben erwähnte, nur war dort die Affection eine noch mehr ausgeprägte. Die Urticaria des Rachens und Kehlkopfes war auch zuweilen vorhanden, ohne dass Urticaria sonst am Körper sichtbar war. Die Behandlung war eine sehr schwierige, da die Athemnoth manchmal sehr bedeutend war. — Dr. A. Jacobi: Was ist an dem Pat. jetzt zu sehen- — Dr. Freudenthal: Es sind jetzt nur wenige Bläschen an der Epiglottis zu sehen. Als ich den Pat. am Mittwoch sah, war Kehlkopf und Epiglottis ganz mit Bläschen bedeckt. — Dr. A. Jacobi: Was man bei dem Fall nicht übersehen soll, ist, dass Dr. Freudenthal sagt, der Pat. sei Neurastheniker. Besonders die Neurastheniker, die so geboren, so veranlagt sind, leiden viel an solchen Ausschlägen. Urticaria zeigt sich auf allen Integumenten, auf der äusseren Haut und auf Schleimhäuten und sehr häufig abwechselnd. In Zusammenhang damit fällt mir ein Zustand ein, den ich vor einer Reihe von Jahren als Stomatitis neurotica beschrieben habe. Es handelte sich um Pemphigus im Mund bis zum Kehlkopf, der von Zeit zu Zeit auftrat und wieder verschwand. In allen diesen Fällen handelte es sich um schwere Neurotiker. Ich glaube, der Fall hier kann ähnlich aufgefasst werden. — Dr. Oberndorfer: Es ist mir zweifelhaft, ob man den Fall als Urticaria bezeichnen kann. Er passt vielmehr in die Kategorie Erythemata, bei welchen Krankheiten an allen Körpertheilen Erytheme und Oedeme vorkommen. Und gerade weil hier in diesem Falle ein starkes Oedem der Epiglottis vorhanden ist, bin ich geneigt, ihn als Erythema transitorium aufzufassen. — Dr. John Schmitt: Ich möchte fragen, ob dieser Ausschlag nicht von Verdauungsstörungen abhängig ist. Eine andere Theorie ist nämlich die, dass die Urticaria nicht auf neurotischer Basis beruht, sondern dass es infolge einer Art

von Autoinfection zu capillären Blutstörungen und örtlichem Ausschlag kommt.—Dr. Freudenthal: Ich möchte Herrn Dr. Einhorn erwiedern, dass die Erscheinungen am Pharynx gewöhnlich andere sind wie die am Larynx. Es treten öfters ödematöse Schwellungen ein, die so stark sind, dass man wiederholt schon zur Tracheotomie schreiten musste. Ich stimme ganz mit Dr. A. Jacobi überein und habe auch die Absicht, den Pat. auf Neurose zu behandeln. Herrn Dr. Oberndorfer möchte ich sagen, dass es sich um eine Hypertrophie, nicht um Oedem handelt. Der Mann leidet allerdings auch an Magenbeschwerden, aber nur sehr unbedeutend und ich halte dies nicht für die Hauptsache.

2) Dr. Wachenheim: Die Patientin, welche ich Ihnen vorstelle, ist neun Jahre alt, die ältere von zwei Kindern, hereditär nicht belastet. Die Geburt war normal. Ihre Krankheit begann im Alter von zwei Jahren, und bestand zur Zeit in häufigen Krampfanfällen. Sie war einige Zeit bei der neurologischen Abtheilung des Deutschen Dispensary in Behandlung, ohne wesentliche permanente Besserung.

Im Januar 1897 kam sie zum ersten Male in die Kinderabtheilung des Dispensary. Die Mutter gab an, dass das Mädchen von nächtlichen Krämpfen leide, tagsüber kämen selten Convulsionen vor, häufig jedoch Verdrehungen der Augen und des Kopfes, Aphasie, Störung des Bewusstseins; diese Fälle wurden regelmässig durch geringe Zahnschmerzen eingeleitet und betrugen häufig sechs bis acht pro Tag. Ihr Fortschritt in der Schule wurde durch ihre Zerstreutheit und Unaufmerksamkeit wesentlich beeinträchtigt.

Bei der Untersuchung zeigte sich normaler Schädelbau, keine bedeutende Rachitis, keine Paralysen. Die Augen functionirten normal, bei der Prüfung des Thorax und Abdomen ergab sich keine organische Störung, die Intelligenz war gut.

Die Behandlung bestand zuerst in dreimal täglichen Dosen von Atrop. sulf. 0,0004 und Kali brom. 0,6. Die Anfälle nahmen ab bis auf drei wöchentlich, dann blieb weitere Besserung aus. Im Juni wurde auf die Flechsig'sche Methode übergegangen, damals in ihrem höchsten Rufe. Das Resultat war sehr unerfreulich; unter dem Opium nahmen die Anfälle zu, und wurden unter dem Kal. brom. nur in geringem Grade rückgängig. Ich musste daher annehmen, dass der frühere theilweise Erfolg grossentheils auf dem Atropin beruhte, und beschloss, wieder auf die frühere Behandlung überzugehen mit folgender Modification: Das Kal. brom. wurde vermindert und das Atropin gesteigert, bis die tägliche Dosis des ersteren sich auf 0,5 und des letzteren auf 0,004 belief. Ende November sistirten die Anfälle gänzlich, und das Atropin wurde fürs erste gut vertragen.

Am zwölften Dezember stellte sich plötzlich mässig schwerer Atropinismus ein, und die Dosis musste um ein Viertel herabgesetzt werden. Die Reduction bedingte ein leichtes Recidiv der Anfälle, das jedoch bald zurückging. Weitere Herabsetzungen bedingten immer schwächere Recidive, bis der vorletzte Anfall am 10. März 1898 stattfand. Damals nahm sie täglich 0,3 Kal. brom. und 0.0006 Atrop. sulf. Ihr letzter Anfall war am 6. October vergangenen Jahres: seitdem ist sie frei geblieben. Sie

soll jetzt wöchentlich einmal die Hälfte der obigen Dosis nehmen, aber seit einigen Monaten ist die Therapie öfters ganz vernachlässigt worden. Ich sah sie zuletzt am 19. April 1899.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Die Krankengeschichte ist ja sehr durchsichtig, aber es fehlt, glaube ich, jede Angabe über die Aetiologie. Es wurde ferner nichts erwähnt über das Verhalten der Reflexe etc. — Dr. Wachenheim: Ich möchte hinzufügen, dass die Diagnose auf idiopathische Epilepsie gestellt worden war. Das Interessante an dem Fall ist einmal der Umstand, dass derselbe geheilt wurde, was bei Epilepsie nicht das Gewöhnliche ist, und ferner die Anwendung des Atropins.

3) Dr. Willy Meyer: Diese Patientin kam vor 5 Wochen unter eigenthümlichen Verhältnissen in meine Behandlung. Sie hatte einen malignen Tumor an der rechten Brust und die ganze rechte Seite zeigte eine so diffuse Röthe, dass der Fall von anderer Seite als inoperabel angesehen und die Operation verweigert wurde. Ich fragte Patientin, ob sie vielleicht längere Zeit hindurch Umschläge gemacht habe, und sie gestand, dass sie dies thatsächlich fast ununterbrochen drei Monate hindurch gethan habe. Als ich dann Patientin genauer untersuchte, fand ich, dass der Fall noch vollkommen operabel war; ich habe dann die Operation vor vier Wochen ausgeführt. (Vortragender schildert dann genauer die Ausführung der Operation.)

4) Derselbe. Patientin wurde in das Deutsche Hospital aufgenommen wegen sehr grossen Athembeschwerden infolge einer Struma. Dieselbe verursachte sehr starke Störungen, besonders des Nachts. Ich habe dann vor 6 Wochen den Kocher'schen Querschnitt gemacht. Es handelte sich um einen Colloidkropf. Weiterhin möchte ich auf die ausserordentlich grossen Hände und Füsse der Patientin aufmerksam machen, sowie auf ihr grosses Gesicht. Es ist dies entschieden ein Fall von Acromegalie. Patientin ist 37 Jahre alt und hat zwei Kinder.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Welcher Art ist die Geschwulst? Wie viel ist von der Glandula thyreoidea entfernt? — Dr. Willy Meyer: Es ist ein Colloidkropf. Von der Glandula thyreoidea wurde nichts entfernt, es war eine vollkommen intracapsuläre Ausschälung. — Dr. A. Jacobi: Bei der Patientin ist bemerkenswerth, dass wir es mit einem ausgesprochenen Fall von Acromegalie zu thun haben, ähnlich dem in letzter Sitzung vorgestellten. Es ist aber noch etwas anderes da, was Beobachtung verdient. Nämlich wenn eine der Drüsen ohne Ausführungsgänge afficirt ist, so ist dies gewöhnlich, wie ich jetzt glaube, nicht die einzige Affection, die vorhanden ist. Im letzten Jahre habe ich, was ich schon früher hätte thun sollen, mehr Aufmerksamkeit auf die Thymusdrüse verwendet als gewöhnlich geschieht. Es ist mir schon verschiedene Male passirt, dass ich zufällig Vergrösserungen der Thymusdrüse beobachtet habe, wenn ähnliche Affectionen in anderen Drüsen vorhanden waren. Ich habe jetzt einen Jungen von fünf Jahren unter Beobachtung, der neben einem mässigen Kropf eine grosse Thymusdrüse hat. Daneben hat er noch adenoide Geschwülste im Rachen und Mastdarmpolypen. Nach dem, was ich im letzten Jahre gesehen habe, glaube ich, dass das Zusammentreffen viel häufiger vorkommt. Das, was unter

dem Namen Status lymphaticus beschrieben ist, der gelegentlich zu plötzlichen Todesfällen Veranlassung geben kann, ist sehr häufig ein Zusammentreffen von dem, was der Junge hat und von Fettleibigkeit. Diese Frau hier hat eine vergrösserte Thymusdrüse. Die Diagnose ist nicht leicht. Im vorigen Jahre wurde ich zu einem Kinde gerufen. Als ich daselbst eintraf, war das Kind schon todt. Es war gestorben, nachdem es nur eine Reihe von Stunden krank gewesen war. Da Erstickungserscheinungen da gewesen waren, dachte ich an die Thymusdrüse. Ich percutirte, während die Leiche auf dem Rücken lag, fand jedoch nichts. Am nächsten Tage machten wir die Autopsie und es fand sich eine sehr grosse Thymusdrüse. Als ich die Leiche dann aufsetzte, konnte ich gut und deutlich die vergrösserte Thymusdrüse herauspercutiren, ebenso wenn die Leiche sehr stark vorwärts geneigt war. Etwas Aehnliches habe ich neulich bei einem kleinen Jungen von 2½ Jahren gesehen, bei dem ich versuchte, das Laryngoscop anzuwenden. Der Junge war seit einem Jahre aphonisch. Wir zogen die Zunge hervor und während wir manipulirten, blieb uns der Junge plötzlich athemlos in den Händen. Es wurde schnell die Tracheotomie gemacht, und bei dieser drängte sich die Thymusdrüse so gewaltsam hervor, dass sie beinahe die Kehlkopfwunde verlagerte. Es zeigte sich nun dasselbe Phänomen. In Rückenlage konnte die Thymusdrüse nicht percutirt werden, dagegen beim Vorwärtsneigen sehr leicht. — Dr. Willy Meyer: Wenn die Patientin vor der Operation nicht so grosse Athemnoth gehabt hätte, hätte ich sie 3—4 Wochen auf Thyreoideafütterung gesetzt. Ich hatte einen ähnlichen Fall, bei dem ich rieth, zuerst 3—4 Wochen Thyreoidtabletten zu nehmen. Es war auffallend, wie schnell die Schwellung zurückging, und die Operation war um Vieles einfacher.

5) Dr. Willy Meyer: Diese Frau, die seit September vorigen Jahres leidend gewesen war und speciell über Schmerzen in der Gallenblase klagte, kam mit der Diagnose Gallensteine in das Hospital. Der Anfall war gerade abgelaufen. Puls und Temperatur waren normal. Bei der Palpation konnte man nichts Deutliches fühlen, nur in der Gegend der Gallenblase zeigte sich ein ziemlich heftiger Druckschmerz. Ich machte einen Einschnitt durch den Musculus rectus. Wir fanden drei Finger breit unterhalb der Leber einen mit der Umgebung fest verwachsenen Tumor, der nur die Gallenblase sein konnte. Beim Lösen dieser Verwachsungen trat Perforation ein und es netleerte sich eine grosse Masse von Eiter. Die Gallenblase musste exstirpirt werden. Tamponade, Naht, Reconvalescenz. Es handelte sich um ein Empyem der Gallenblase.

Discussion. Dr. Reich: Patientin war früher in meiner Behandlung. Ich hatte nicht die Diagnose auf Gallensteine gestellt.

VORZEIGEN VON PRAEPARATEN.

1) Dr. Willy Meyer demonstrirt eine exstirpirte Gallenblase.

Discussion. Dr. Einhorn: Ich habe vor einigen Tagen eine Patientin gesehen, bei der ein Tumor unterhalb der Leber sehr deutlich zu fühlen war. Der Tumor liess sich sehr deutlich abgrenzen und Unebenheiten waren an demselben sehr deutlich bemerkbar. Hätte diese

Frau keine weitere Vorgeschichte gehabt, würde man zunächst an ein Carcinom gedacht haben. Aber in diesem Fall war eine deutliche Vorgeschichte Gallensteine betreffend vorhanden. Vor drei Jahren hatte sie den ersten Anfall mit Gelbsucht, dann noch einen Anfall ein Jahr später. Dann war sie ganz gesund bis etwa vor drei Monaten. Sie hatte aber seitdem keinen Icterus. Man musste daher diesen Tumor als eine Gallenblase gefüllt mit Gallensteinen auffassen. Da keine Aussicht vorhanden war, dass die Steine von selbst abgingen, rieth ich zur Operation, obwohl ich nicht in allen diesen Fällen zu einer Operation rathen möchte. Ich glaube, dass eine ziemliche Anzahl von Gallensteinfälle, selbst von solchen, die schon einige Jahre gedauert haben, zuweilen durch eine Carlsbader Cur, geeignete Diät etc. geheilt werden können. — Dr. A. Jacobi: Dr. Willy Meyer sprach, glaube ich, davon, dass er bei der Untersuchung ein Reiben gehört hat. — Dr. Willy Meyer: Ich habe einmal ein Schlüpfen gefühlt, aber ohne Reibegefühl. — Dr. A. Jacobi: Ich möchte gerne von den Herren wissen, ob und wie oft sie ein Reiben gefühlt haben. Ich habe nur eine einzige deutliche Erinnerung von einem Reibegefühl, von einem wirklichen Reiben und Knarren. — Dr. Einhorn: Ich habe nie ein Reiben gefühlt. Man ist im Stande, durch Druck eine Veränderung der Configuration hervorzubringen. Ich habe einige Male gefühlt, dass dadurch der Tumor seine Gestalt verändert hat. — Dr. Kober: Es kam zufällig vor zwei Jahren eine Frau unter meine Beobachtung, bei der sich ein fluctuirender Tumor von der Grösse eines Thalers fand. Die Frau sagte mir, dass sie von den Aerzten aufgegeben worden sei. Ich incidirte den Tumor, und es entleerte sich eine helle Flüssigkeit. Ich sondirte und die Sonde drang sehr tief ein. Dr. Silver untersuchte die Flüssigkeit und kam zu der Ueberzeugung, dass dieselbe aus der Gallenblase stammen müsse. Die Frau wurde dann operirt. Die Steine hatten die Gallenblase perforirt und waren bis unter die Haut gelangt.

2) Dr. Reich zeigt microscopische Präparate eines durch Hysterectomie gewonnenen Myoms und von parovarialen Ueberresten.

Ripperger, Secretär.

Correspondenz.

An die New Yorker „Medicinische Monatsschrift."

Geehrte Redaction: Die Stellungnahme des Herrn Prof. von Hacker (Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. XXII. erstes Heft, und Bd. XXIV, erstes Heft) zu meiner Operation der Hypospadie, deren Beschreibung zum ersten Mal im Novemberheft des Jahrganges 1897 der Monatsschrift erschien, zwingt mich zu der öffentlichen Constatirung folgender Thatsachen:

In der Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft vom 4. October 1897 berichtete ich über zwei Fälle von Hypospadie, bei welchen ich ein völlig neues Princip, nämlich die Loslösung und Vorwärtsdislocirung der Harnröhre angewendet hatte. Die Befestigung an der Eichel-

spitze hatte ich zunächst dadurch erzielt, dass ich durch Längsanfrischung der Eichelränder zwei Lappen schuf, welche emporgehoben und über der hineingezogenen Harnröhre wieder vereinigt wurden. Hierdurch wurde eine Art Tunellirung der Harnröhre zugleich angestrebt, welche etwas grössere Sorgfalt erheischt, als die ebenfalls von mir versuchte rücksichtslosere Durchstechung.

Am 29. Januar 1898 beschrieb und illustrirte ich meine Methode im New York „Medical Journal" mit einer kleinen Modification des Befestigungstechnik.

Anfang Februar sandte ich unter Anderen auch Herrn von Hacker in Innsbruck einen Sonderabdruck. Wie ich sowohl aus brieflichen Mittheilungen von berufenster chirurgischer Seite, als auch aus eigener Anschauung gelegentlich meiner vorjährigen Europareise mich überzeugen konnte, war meine Methode schon im April 1898, also längst vor der ersten von Hacker'schen Veröffentlichung, in Deutschland ausgeführt worden.

Wie gross war daher mein Erstaunen, als ich beinahe ein ganzes Jahr nach meiner ersten Publication (Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. XXII, erstes Heft) ersah, dass Herr von Hacker mein Verfahren von Neuem entdeckt hatte! Wie ich dieser nach dem Muster der berühmten Rede des wackeren Antonius am Leichnam Cæsars modellirten Arbeit entnehme, gründet sich das von Hacker'sche „von dem bisher geübten abweichende Verfahren", auf die von „von Hacker entdeckte Ausziehbarkeit der Harnröhre."

Zwar erfuhr Herr von Hacker „während der Behandlung seines resp. Patienten," dass ein gewisser Beck hinten weit in Amerika auch schon die Harnröhre mobilisirt und dislocirt habe, wie sich am Schluss der in der Geburtsstätte des schönen Liedes „Und a bissele Liab" entstandenen Arbeit ersehen lässt; aber, „wenn Herr von Hacker die Beck'sche Mittheilung richtig verstanden hat," so führte Beck die Vorwärtsdislocirung nicht sorgfältig genug und die Tunellirung nicht richtig genug aus. „Beck löste die Harnröhre nicht genug und zieht sie nicht weit genug nach vorn." Im Gegensatz zu dieser von Hacker'schen Behauptung findet sich in meiner Veröffentlichung vom 29. Januar 1898 der Satz: „Instead of forming a new urethra, I dissect free and extend the existing one so as to make it do the service of a new canal. Various experiments have shown me the ease with which the urethra can be extended, p r o v i d e d i t i s f i r s t WELL d i s e n g a g e d a n d m o b i l i z e d." Das heisst auf Deutsch: „Anstatt eine neue Harnröhre zu formiren, präparire ich die bestehende Harnröhre los und verziehe sie so weit, dass sie die Dienste eines neuen Kanals verrichtet. Verschiedene Experimente lehrten mich die Leichtigkeit mit welcher die Harnröhre verzogen werden kann, vorausgesetzt, dass sie zuerst g u t l o s g e l ö s t u n d m o b i l g e m a c h t w o r d e n i s t. Zugegeben nun, dass es zu viel verlangt wäre, dass Herr von Hacker die englische Sprache ebenso gut beherrschen solle, wie meine Operationsmethode, so hätte es bei seinem Interesse für dieselbe doch nahe gelegen, die New Yorker „Medicinische Monatsschrift" nachzusehen.

Der Casus belli wurde aber nun noch complicirter dadurch, dass

Herr Breuer von der Bardenheuer'schen Klinik mein Verfahren ebenfalls im Herbst 1898 neu entdeckte und im „Centralblatt für Chirurgie" (vgl. No. 49, Jahrgang 1898) veröffentlichte. So wurden denn die Leser des Centralblattes Zeugen des interessanten Schauspiels, dass Herr von Hacker und Herr Breuer sich um die Priorität meines Verfahrens auf das Erbitterste befehdeten. Dass Herr von Hacker in seiner Capitulationsforderung, welche er in No. 1, Jahrgang 1899 des „Centralblattes für Chirurgie" an Herrn Breuer ergehen liess, meinen Namen sorgfältig verschwieg, darf ich wohl andeuten.

Es gereicht Herrn Breuer zur Ehre, sich durch genauere Einsicht in die Literatur von meinen Rechten überzeugt zu haben. Herr von Hacker lässt sich aber durch solche Kleinigkeiten nicht beirren. Alle Anerkennung vor der Geschicklichkeit, mit welcher Herr von Hacker seinen Citirungsmodus voltigirte! Die Journale des In- und Auslandes, welche den rein sachlichen Publicationen des Erfinders kaum Beachtung schenkten, verkünden das εὕρηκα Herrn von Hackers urbi et orbi. „Es ist erreicht!" kann er gleich der neuen kosmetischen Grösse an der Berliner Hofburg sagen.

Dr. Carl Beck.

New York, im August 1899.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Anachlorhydria des Mageninhaltes im Verlaufe zahlreicher runder Magengeschwüre (ulcera peptica, multiplicia ventriculi). Von Primararzt Dr. A. Krokiewicz in Krakau. — („Przeglad Lekarski" 1898 No. 49.) — Unlängst veröffentlichte Krokiewicz einen Fall von dreifachem runden Magengeschwür (1. ad cardiam in oesophagum tendens, 2. ad curvaturam minorem, 3. ad pylorum. Haemorrhagia ex ulcere post arosionem venae coronariae sup. ss. anaemit acuta), welcher besonderes Interesse wegen des ungewöhnlichen klinischen Verlaufes einerseits und der Localisation des pathologischen Processes andererseits erweckte. In diesem Falle war während der letzten 6 Wochen der klinischen Beobachtung vor dem Exitus totale Anachlorhydria des Mageninhaltes, so dass angesichts der Anfangs zweifellos für rundes Magengeschwür sprechenden klinischen Erscheinungen, sich intra vitam der Verdacht aufdrängte, ob sich nicht auf der Basis eines ulcus rotundum ein Krebs entwickelt hat. Gegenwärtig beobachtete Krokiewicz ebenfalls klinische Anachlorhydrie im Verlaufe zahlreicher runder Magengeschwüre. 40jährige Dienerin leidet seit 1½ Jahren an Magenbeschwerden, Erbrechen, Diarrhöe, Magenschmerzen, Abmagerung etc. Nach heftigem blutigen Erbrechen Exitus in allgemeinem Collaps. Bei Berücksichtigung des klinischen Verlaufes war Verdacht auf eine latente Magenneubildung vorhanden, worauf auch die Diarrhöe und Lymphdrüsenschwellung zurückgeführt wurde. Die tuberkulösen Lungenveränderungen wurden in Rücksicht auf die latente Magenneubildung für nebensächlich betrachtet. Die klinische Diagnose lautete daher: Neoplasma latens ventriculi.

Haematemesis. Lymphadenitis chronica. Infiltratio tbc. apicum pulm. Enteritis chron. Cachexia univers. Anasarca. Anatomische Diagnose: Ulcera peptica (rotunda) multiplicia (30) ventriculi. Haemorrhagia ex ulceribus in cavum ventriculi. Tbc. pulm. et intestinorum. Degeneratio adiposa hepatis et renum. Anaemia permagna universalis. Die klinische Diagnose eines latenten Magenkrebses fand also in der Nekroskopie keine Bestätigung. Ungeachtet der für Magenneubildung sprechenden klinischen Symptome — wie hochgradige Cachexie in den letzten Monaten. Dauer des Krankheitsprocesses im Allgemeinen 1½ Jahre, geringe Menge (kaum einige cm) schleimiger Flüssigkeit von neutraler Reaction im nüchternen Magen, Erscheinen auf der Höhe der Verdauung Anfangs (nach Darreichung diluirter HCl) einer geringen Menge und 10 Tage vor dem tödtlichen Blutsturze sogar totales Fehlen freier HCl im Mageninhalte, sehr beeinträchtigter Appetit und Durst — ergab die Section zahlreiche (30) runde Magengeschwüre. Dieser Fall beweist, ebenso wie der ersterwähnte, dass manchmal entgegen der zahlreichen klinischen Beobachtungen, im Verlaufe des runden Magengeschwüres die freie HCl vor dem Eintreten der Magenblutungen ganz verschwindet. Dieses kommt wahrscheinlich dann vor, wenn es zur Bildung nicht eines, sondern mehrerer runder Magengeschwüre kommt. Jedenfalls scheint das vollständige Verschwinden der freien Salzsäure im Verlaufe des runden Magengeschwüres einen sehr gefährlichen Zustand, den Exitus letalis, anzukündigen. In zweifelhaften Fällen, ob wir es mit runden Magengeschwüren oder mit einer latenten Magenneubildung zu thun haben, kann die Anzahl der rothen Blutkörperchen in einem Cubikmillimeter entscheiden. In der angeführten Beobachtung betrug die Zahl der rothen Blutkörperchen in einem Cubikmillimeter über 4 Millionen. Wie sich Krokiewicz bei einschlägigen Beobachtungen überzeugte, wird diese Zahl niemals im Stadium weit vorgeschrittener Krebscachexie, daher kurze Zeit vor dem Exitus angetroffen. Ausser dem anormalen klinischen Verlaufe verdient im angeführten Falle ebenso auch die grosse Anzahl der runden Magengeschwüre — in einer bis nun in der Literatur nicht beschriebenen Zahl — berücksichtigt zu werden, was auch für die embolische Natur derselben (ulcera embolica) spricht. (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1899, No. 31.)

— Ueber die Behandlung von Syphilis mit Merkuriol. Dr. Ahman, Stockholm (Archiv für Dermatologie und Syphilis, XLVIII. Band 1. Heft.) — Gestützt auf die Erfahrung, dass die Hg-Resorption bei der Einreibungskur nicht durch die Haut geschieht, sondern dass das Quecksilber in Gasform hauptsächlich durch den Respirationsapparat resorbirt wird, sind in den letzten Decennien mehrere neue Modifikationen der Einreibungskur, z. B. von Merget und Welander, angegeben worden. Die Methode des letzteren, welche eine Reihe von Jahren im Krankenhause St. Göran in Stockholm angewendet wurde, besteht darin, dass man die Salbe, anstatt sie auf der Haut einzustreichen, resp. einzuklatschen, in einer dünnen Schicht in einem Säckchen von Baumwolle, Leinen oder Wolle ausbreitet und dieses Säckchen, welches entsprechend den Körperverhältnissen der betr. Patienten, in der Grösse zwischen 40—50 cm Länge und 20—30 cm Breite angefertigt ist, Tag und

Nacht auf Brust oder Rücken tragen lässt. Diese Behandlungsweise ist für die Patienten sehr bequem und reinlich: ausserdem tritt auch eine Hg-Dermatitis entschieden seltener auf, wie bei der gewöhnlichen Einreibungskur. Ein Uebelstand haftet dieser W e l a n d e r'schen Methode insofern an, als die Säckchen, welche täglich längere Zeit hindurch mit Ungt. Hydrargyri bestrichen werden, schliesslich durch das sich anhäufende Fett mehr oder weniger schnell schmutzig werden, und dass der fettgetränkte Stoff gegen Ende der Cur für die Luft impermeabel wird und in gewissem Grade die Hauttranspiration hemmt. Verf. suchte diesem Mangel abzuhelfen, indem er danach trachtete, statt der Salbe ein Pulver in Anwendung zu bringen, welches nicht staubt, sondern in einem geeigneten Zeuge haftet und in dasselbe eindringt. Nach längeren resultatlos verlaufenen Versuchen wandte er sich um Rath an den Apotheker, Herrn A r v i s B l e m p i s t in Stockholm, welchem es denn auch gelang, mittelst eines Amalgamirungsverfahrens — zur Verwendung gelangen Aluminium und Magnesium — ein Präparat herzustellen, welches allen an dasselbe gestellten Anforderungen vollauf genügt. Der Erfinder desselben, welcher es M e r k u r i o l nennt, legt in einem längeren Aufsatz (derselbe Band des Pick'schen Archiv's) die Herstellungsweise und Vorzüge des Präparates klar. Es handelt sich um ein graues, ziemlich lockeres und anhaftendes Pulver, das 40 Procent metallisches Quecksilber in äusserst feiner und gleichmässiger Vertheilung enthält. Wird es, wie z. B. bei der Applizirung in einem auf dem Körper getragenen Säckchen der Einwirkung der Luft und Feuchtigkeit ausgesetzt, so kommt eine Zersetzung zu Stande, bei der die amalgamirten Metalle oxydiren, während gleichzeitig das Quecksilber nach und nach frei wird. Verf. wendet das Präparat unter Beibehaltung der W e l a n d e r'schen Anordnung mit den Säckchen so an, dass er dieselben am Rande nicht zunähen, sondern mit Knöpfen versehen lässt, um die Applizirung jeder neuen Dosis zu erleichtern. Bei der Dosirung geht er so vor, dass er die ersten 5—10 Tage täglich, und dann bis zum Ende jeden zweiten Tag 5 Gramm Merkuriol ausbreiten lässt; ein Wechsel des Säckchens ist unnöthig. Durch eine grosse Reihe von Versuchen, welche bei Patienten mit Lues jeden Stadiums und jeder Form vorgenommen wurden, constatirte Verf., dass bei der Behandlung mit Merkuriol Quecksilber in der erforderlichen Menge resorbirt und durch die Nieren eliminirt wird. Aus den Heilungserfolgen lässt sich mit Sicherheit erkennen, dass das in dieser Weise in den Organismus gebrachte Quecksilber dieselbe therapeutische Wirkung, wie bei anderen Formen der Merkurialbehandlung ausübt. Die auch bei dieser Behandlungsmethode auftretenden toxischen Wirkungen äussern sich im Auftreten einer durchweg sehr gelinde verlaufenden Stomatitis und einer leichten Albuminurie, welch' letztere bei einer kräftigen Behandlung von 40 Tagen mit ziemlicher Regelmässigkeit auftritt. Die reizende Einwirkung der Merkuriolbehandlung auf die äussere Haut ist sehr unbedeutend. Verf. resumirt: die Behandlung mit Merkuriol in der geschilderten Weise ist also nicht nur therapeutisch zuverlässig, sondern auch sehr reinlich und für den Patienten angenehm. (Die ärztliche Praxis, 1899, No. 14.)

— Ueber einen Fall von schwerer Intoxication nach Injection von

grauem Oel, von Ledermann. (Berl. klin. Wschr. 98, 45 und 46.) L. berichtet über einen Fall von Lues — der Patient war sehr empfindlich gegen Quecksilber — wo nach sechs Injectionen von grauem Oel zehn Wochen nach der letzten Injection starke Hydrargyrum-Intoxicationserscheinungen auftraten, heftige Diarrhöen, Gingivitis, necrotisch zerfallene Infiltrate, Kräfteverfall. Trotz sorgfältiger klinischer Pflege trat nach vierzehn Tagen der Exitus ein. Verf. macht für diesen tragischen Ausgang, zumal auch noch andere ähnliche Fälle in der Literatur bekannt sind, direct das graue Oel verantwortlich. Dasselbe könne sich infolge ungleichmässiger Resorption in abgekapselten Depots etabliren, die auf irgend eine Veranlassung hin eine Massenresorption hervorrufen und zu einer solch gefährlichen Intoxication führen können. L. ist dafür, das graue Oel gänzlich aus der Luestherapie auszuschliessen. (Med. Neuigkeiten, 1899, No. 14.)

— Ein modifizirter „Cauterisator prostatae" zur Bottini'schen Operation von Dr. A. Freudenberg. (Berl. klin. Wschr. 99, 23.) Fr. giebt eine Modification des Bottini'schen Cauterisators an, die er ganz nach demselben Prinzip und nach dem Muster des von ihm modifizirten Inzisors gemacht hat. Der Bottini'sche Cauterisator ist ein sehr einfaches Instrument, welches vor dem Abgang des Schnabels einen flächenhaften Brenner trägt, mit dem man je nach der Einwirkungszeit des Stromes seichtere oder tiefere Rinnen brennen kann. Das modifizirte Instrument besitzt einen handfesten, sicher zu fassenden, durch die Wasserkühlung mitgekühlten Griff und ist vor allem, wie jedes chirurgische Instrument, in toto sterilisirbar, so dass ein aseptisches Operiren ermöglicht ist. Zur Anwendung soll der Cauterisator nach Bottini's Ansicht kommen bei beschränkten Prostatawulstungen, besonders eines Seitenlappens, bei Spermatorrhöe, Ulceration des Blasenhalses und essentiellem Spasmus am Blasenhals. Als weitere Intoxication ist in neuerer Zeit noch die Incontinentia urinae hinzugekommen (ein von Crespi veröffentlichter Fall) und die chronische Prostatitis, sobald die anderen Mittel fehlgeschlagen. Vor allem glaubt Fr., dass der Cauterisator mit gutem Erfolg in den allerersten Stadien der Prostatahypertrophie, wo noch kein Residualharn besteht, zur Anwendung kommen wird. Fr. hat den Cauterisator bis jetzt viermal mit Erfolg angewendet. (Ibidem.)

— Sapo cutifricius, von Unna. (Mtsch. f. prakt. Dermat. 99, Bd. XXVIII, 1.) Unna empfiehlt zur Behandlung von Narben und Akne als Schleifmittel eine Seife (sapo cutifr.), die folgendermaassen zusammengesetzt ist: Sapon. ung. 40,0, Cremor. gelanth. 10,0, Pulv. pum. 50,0. (Ibidem.)

— S. M. Timaschew hat das Tannoform gegen Kinderdiarrhöen in 42 Fällen angewendet (St. Petersburger med. Wochenschr. No. 20). Davon litten 12 an Enteritis acuta und 30 an Enteritis chronica. Mit Ausnahme von sechs Fällen, wo keine Besserung erfolgte, hat er in acht Fällen acuter und 18 chronischer Enteritis absolute Heilung erzielt, in den übrigen 12 Fällen Besserung. Das Tannoform besitzt dank seinem Gehalt an Formalin, welches bei der Spaltung des Tannoforms in alkalischer Mitte frei wird, desinfizirende Eigenschaften, was einen grossen Vorzug vor den gleichfalls sich bewährt habenden Tannigen und Tann-

albin ausmacht. Das Tannoform kann lange Zeit ohne irgend welche nachtheilige Nebenwirkung gebraucht werden. Vor der Ordination des Mittels verabfolgte Verfasser stets ein Laxans, Oleum Ricini. Die Dosirung war im ersten Lebensjahr: 0,12—0,2 pro dosi, von 1—3 Jahren 0,15—0,25, nach dem dritten Lebensjahr 0,25—0,4 pro dosi. Das Mittel wird viermal täglich kurz vor der Mahlzeit gegeben. (Ibidem.)

Kleine Mittheilungen.

— 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München. Nach dem nunmehr in seinen Einzelnheiten festgestellten Programm werden zwei allgemeine Sitzungen im k. Hoftheater stattfinden. In der ersten Sitzung (Montag, den 18. Sept.) werden, wie schon seiner Zeit angekündigt, folgende Vorträge gehalten werden: Prof. Dr. Fridtjof Nansen: „Meine Forschungsreise nach der Nordpolregion und deren Ergebnisse." Prof. Dr. v. Bergmann-Berlin: „Die Errungenschaften der Radiographie für die Behandlung chirurgischer Krankheiten" und Prof. Dr. Foerster-Berlin: „Die Wandlung des astronomischen Weltbildes seit einem Jahrhundert." In der zweiten Allgemeinen Sitzung (Freitag, den 22. Sept.) werden Vorträge halten: Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Birch-Hirschfeld-Leipzig über das Thema: „Wissenschaft und Heilkunst." Geheimrath Prof. Dr. Boltzmann-Wien: „Ueber den Entwicklungsgang der Methoden der theoretischen Physik in der neueren Zeit" und Prof. Dr. Klemperer-Berlin über „Justus v. Liebig und die Medicin." Die wissenschaftliche Specialarbeit liegt in den Abtheilungen, deren 37 gebildet werden, und zwar 17 naturwissenschaftliche und 20 medicinische. Die Abtheilungen werden theilweise gesondert tagen, theilweise werden sich einzelne verwandte Abtheilungen zu gemeinschaftlichen Sitzungen zusammenfinden. Ausserdem halten sowohl die naturwissenschaftliche, wie die medicinische Hauptgruppe je eine gemeinschaftliche Sitzung ab. In der gemeinschaftlichen Sitzung der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe wird Prof. Dr. Chun-Leipzig Erläuterungen zu seiner Ausstellung der Ergebnisse der deutschen Tiefsee-Expedition geben. Ausserdem wird von den Herren Prof. Dr. Bauschinger-Berlin, Prof. Dr. Mehmke-Stuttgart und Prof. Schuelke-Osterode berichtet werden über „die Frage der Decimalabtheilung von Zeit und Kreisumfang", ein Thema, welches auch auf dem mit der Pariser Weltausstellung verbundenen Congress behandelt wird. In der gemeinschaftlichen Sitzung der medicinischen Hauptgruppe werden die Herren Geheimrath Prof. Dr. Marchand-Marburg und Prof. Dr. Rabl-Prag über die „Stellung der pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie zut Entwicklungsgeschichte, speciell zur Keimblattlehre" referiren. (Münch. med. W. 1899, No. 30.)

— Prof. J. Veit in Leiden ist, wie die Berliner klin. W. mittheilt, aus dem Organisationscomité für den internationalen Congress für Geburtshülfe und Gynäcologie in Amsterdam ausgetreten. Die Veranlassung zu diesem Schritt war, dass zum Geschäftsführer des Con-

gresses der durch seine deutschfeindliche Haltung„ insbesondere durch seine die deutschen Professoren auf das heftigste angreifende Broschüre „Universität und Vaterland" bekannte Professor Hector Treub in Amsterdam gewählt wurde. Nachdem mehrfache Verhandlungen, die eine Art Genugthuung für die Deutschen zum Ziele hatten, resultatlos verlaufen sind, hat Prof. Veit auf seine Betheiligung am Congress verzichtet und mit ihm eine grössere Anzahl von Fachgenossen, darunter auch Prof. Martin in Greifswald. Es bedarf wohl nur des Bekanntwerdens dieser Vorgänge, um die Betheiligung an dem Congresse seitens Deutschlands auf ein Minimum herabzudrücken. (Ibidem No. 28.)

— Diagnose und Therapie des Mykologen C. M. Goessel in Dresden. Eine in Stuttgart wohnende, an Migräne leidende Frau wurde durch gute Bekannte auf die erstaunlichen Leistungen des Herrn Goessel in Dresden aufmerksam gemacht. Nach Einsendung eines zur Stellung der exacten Diagnose unerlässlichen von der Kranken an ihrem Körper getragenen Gegenstandes — in diesem Falle eines Trauringes — erhielt sie gegen Postnachnahme von 15 Mk. 50 Pf. folgenden, auf einen länglichen Zettel mit Blaustift geschriebenen wunderbaren Bescheid: „Die Nervenlager haben zwischendurch zu viel Gase gelassen und drücken die Gase gegen die Nerven, hemmen den Betrieb der ganzen Thätigkeit, und versetzen den Körper in krankhaften Zustand. — Jeden Tag den ganzen Körper gut abwaschen, und jeden Tag etwas gekochte Zwiebel, Sauerkohl oder Meerrettig zu essen — oder Radieschen — damit die Gase sich entfernen und das Blut sowie die Nerven richtig arbeiten können. — Massage sehr gut. C. M. Goessel." Goessel soll in Stuttgart eine sehr grosse Kundschaft haben. (Wuertt. Corr.-Blatt 1899, No. 26, ref. in Münch. med. W. 1899, No. 30.)

— Die Pest in Indien ist in Zunahme begriffen. In Puna kamen 110 Erkrankungen und 82 Todesfälle vor. Die Bewohner verlassen die Stadt. Puna liegt etwa 100 km südöstlich von Bombay im gleichnamigen Regierungsbezirke, und ist eine von Europäern sehr besuchte volkreiche Stadt. (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1899, No. 31.)

— Lepra in Rumänien. Nach jüngst veröffentlichten statistischen Daten nimmt die Ausbreitung der Lepra in Rumänien beunruhigende Dimensionen an. Ungefähr 164 Fälle sind in verschiedenen Spitälern behandelt worden und eine grosse Zahl von Fällen in der bäuerlichen Bevölkerung sind in dieser Zahl sicherlich nicht eingerechnet. Die Regierung hat sich zur Gründung eines Leprösenhauses in Dobrugea im alten Kloster d'Amola entschlossen. (Ibidem.)

— Japans öffentliches Gesundheitswesen. Die oberste Gesundheitsbehörde Japans ist das dem Ministerium des Innern aggregirte Central-Sanitätsbureau, an dessen Spitze ein Director und ein Vice-Director steht. Das ganze Land zerfällt in 7 Sanitätsbezirke mit je einem Gesundheitsamte. Jede Ortschaft hat einen, der Polizeibehörde zugetheilten Gesundheitsrath, welchem zwei Sachverständige aus den daselbst domicilirenden Aerzten, Apothekern und Thierärzten gewählt, beigegeben sind. Diese haben über alle hygienischen Vorfälle, epidemische Erscheinungen, Schuleinrichtungen, Krankenhäuser, mit den Ortsbehörden zu berathen, an die Vorstände der Sanitätsbezirke zu berichten und die erfor-

derlichen statistischen Aufzeichnungen zu bewirken. Für das Studium der ärztlichen und pharmaceutischen Branche bestehen eigene Vorschriften sowohl bezüglich des festgesetzten Studienganges, wie hinsichtlich der abzulegenden Prüfungen. Die Zulassung zur seinerzeitigen Ausübung des Berufes bedarf der Genehmigung des Ministeriums des Innern und sind hierbei bestimmte Gebühren zu erlegen. Das Central-Sanitätsbureau zerfällt in drei Sectionen, von welchen der einen die öffentliche Hygiene, der zweiten die Seuchenprophylaxe und der dritten das eigentliche Medizinalwesen zugetheilt sind. Drei staatliche Untersuchungs-Laboratorien, welche auch für Private gegen Bezahlung Arbeiten ausführen, befinden sich in Tokio, Osaka und Yokohama. Für Studienzwecke bestehen ein botanischer Garten, das Sanitätsmuseum, das Seruminstitut, die Anstalt für Lymphgewinnung, das unter der Leitung von Dr. Kitasato stehende, nach deutschem Vorbild organisirte Institut für Infectionskrankheiten und andere Einrichtungen. In den fünf Hafenplätzen bestehen Quarantainestationen mit Desinfectionsapparaten und Spitälern und wurden besondere Vorschriften gegen Einschleppung ansteckender Krankheiten erlassen. Ein Central-Gesundheitsrath, welchem die leitenden Persönlichkeiten der Armee, der Marine, der Universitäten und Ministerien angehören und welchem 20 sachverständige Personen aus den Kreisen der Aerzte, Apotheker und der Thierärzte zugezogen werden, dient als berathende Behörde. (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1899, No. 28.)

— Berichtigung. In der letzten Nummer dieser Monatsschrift wurde aus Versehen von Seiten des Setzers unter dem Referat über Dr. Heitzmann's Urinary Analysis der Name des Referenten weggelassen. Derselbe ist Dr. Rose.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen u. s. w. sind zu richten an Medical Monthly Publishing Co., 17—27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

Dr. A. RIPPERGER,
126 E. 122. St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.
Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XI. New York, Oktober 1899. No. 10

ORIGINALARBEITEN.

Phosphaturie und Pyelo-Nephritis.*)

Von

Dr. Hermann G. Klotz, New York.

Herr E. G., 22 Jahre alt, dessen frühere persönliche und Familiengeschichte nichts Bemerkenswerthes darbieten, kam Ende Juni 1898 in meine Behandlung wegen einer seit ungefähr einem Jahr bestehenden Gonorrhoe. Patient war von verschiedenen sachverständigen Aerzten behandelt worden; von Natur aus etwas empfindlich und leicht aufgeregt war er, wie so häufig unter dem Einfluss der chronischen Gonorrhoe, ziemlich nervös geworden. Wenige Tage ehe er zum ersten Male zu mir kam, war er von einem hiesigen Specialisten untersucht worden, der eine vesiculitis seminalis diagnosticirte. Ich konnte mich von einer Erkrankung der Prostata und der Samenbläschen nicht überzeugen, fand aber im Ausfluss noch reichliche typische Gonococcen, und nachdem durch Erweiterung des meatus urethrae eine genaue Untersuchung möglich geworden war, Entzündungserscheinungen der Schleimhaut in der ganzen Ausdehnung der Urethra mit beginnender Stricturbildung in der pars membranacea. Bis Ende October waren alle Krankheitssymptome beseitigt. Absonderung hatte schon seit längerer Zeit keine Gonococcen gezeigt, und war in letzter Zeit bis auf ein Minimum von Feuchtigkeit am Morgen verschwunden; der erste Urin enthielt ein paar feine, aus Plattenepithelien bestehende und von jeder Art von Coccen freie Fäden, eine Stahlsonde Fr. No.

*) Nach in der März-Sitzung der Deutschen Medicin. Gesellschaft gemachten Bemerkungen. (S. Juninummer ds. Zeitschrift.)

28 liess sich ohne die geringste Schwierigkeit zur Blase einführen. Der Urin wurde während der ganzen Dauer der Behandlung häufig mehr weniger trüb von phosphorsauren Salzen befunden, zeigte sich aber nach Säurezusatz absolut klar. Die Anwesenheit der Phosphate wurde dadurch erklärt, dass Pat. gewohnt war ziemliche Mengen eines alkalischen (Renser) Mineralwassers zu trinken; der Zustand des Urins war jedoch nie ein so intensiver gewesen, dass er zu Beunruhigung Veranlassung gegeben hatte. Am 11. November wurde der gleiche Zustand constatirt, nachdem Pat. wieder angefangen hatte, Bier und Wein zu trinken.

Am 14. November kam Pat., dessen Nervosität sich während der Behandlung wesentlich vermindert hatte, in ziemlicher Aufregung zu mir, und berichtete, dass er vor zwei Nächten eine Pollution gehabt, sonst aber keine Beschwerden danach verspürt habe, bis heute Morgen am Schluss der Urinentleerung sich unter heftigen, durch die ganze Urethra erstreckenden Schmerzen ein ziemlich umfangreicher weisser Klumpen mit etwas Blut aus der Urethralöffnung entleerte. Die Masse sei weich, schmierig gewesen, liess sich zwischen den Fingern leicht zerdrücken und fühlte sich dabei etwas sandig an; die Menge der entleerten Substanz mochte nach der Aussage des Patienten wenigstens einen halben Esslöffel betragen haben. Bei der Untersuchung fand sich im Orificium noch eine geringe Menge einer völlig weissen, geschlemmten Kreide vollkommen gleichenden Substanz vor, dahinter ein wenig schleimiges Secret; es wurde eine mässige Menge trüben Urins ohne Schwierigkeit entleert; zum Schluss folgte ein etwa bohnengrosser, kreideweisser, schleimiger Klumpen mit anhängenden Blutspuren, den Pat. als den am Morgen entleerten Massen vollständig gleich bezeichnete. Die ganze Harnröhre erschien etwas empfindlich, die Schleimhaut, soweit sichtbar, lebhaft geröthet; per rectum konnten Veränderungen in der Form, Grösse und Consistenz der Prostata und der Samenbläschen nicht nachgewiesen werden, nur waren die Theile ziemlich empfindlich, Druck und Pressen auf dieselben war nicht von dem Erscheinen irgend welchen Secrets in der Harnröhre bgleitet. Die Temperatur des Pat. war nicht erhöht, das Allgemeinbefinden sonst nicht gestört. Der Urin reagirte neutral, die Trübung desselben wurde beim Kochen vermehrt, aber durch Zusatz von Essigsäure grösstentheils zum Verschwinden gebracht, so dass sich die Trübung als zumeist durch die

Gegenwart anorganischer Salze, namentlich Phosphate, bedingt zeigte. Das gleiche chemische Verhalten zeigten sowohl der weisse Klumpen, als das Sediment des Urins. Microscopisch zeigte sich das dem orific. urethrae entnommene Secret grösstentheils aus multinukleären Rundzellen (Eiterkörperchen) bestehend, keine typischen Gonococcen weder innerhalb noch ausserhalb der Zellen, daneben eine Anzahl Plattenepithelien, eines derselben mit zahlreichen feinen Bacillen und einigen Haufen runder Coccen dicht bedeckt oder angefüllt. Der in einem vorher mit Formalin desinficirtem Gefäss gewonnene Bodensatz des Urins liess amorphe Salze in ziemlicher Menge erkennen, ausserdem Eiterkörperchen, rothe Blutkörperchen, Epithelien verschiedener Form und Grösse, aber keine Spermatozoen, keine Krystalle weder von Tripelphosphat noch andere eine Betheiligung der Prostata und samenbereitenden Organe andeutende, in ziemlicher Anzahl kleine, glänzende Kugeln, die in mit Carbolsäurefuchsin gefärbten Trockenpräparaten lebhaft gefärbt erschienen und somit wohl als Coccen anzusprechen waren. Ganz ähnliche Befunde ergaben auch dem weissen Klumpen selbst entnommene Präparate. Es konnte also wohl kein Zweifel bestehen, dass es sich um die Ausstossung eines grösstentheils aus Phosphaten bestehenden Gerinnsels handelte; die Frage, woher dasselbe stammte, liess sich vorläufig nicht mit Sicherheit beantworten. Verordnet wurde Natr. salicylic. mit Extr. Belladoonae. 50 centigramm alle 2—3 Stunden.

Am 16. November berichtete Pat., dass sich gestern wenig in den Erscheinungen geändert hatte, heute hätten Drang zum Uriniren, die Schmerzen in Urethra und Blase, zuweilen nach der Nierengegend ausstrahlend, merklich abgenommen, der Urin war weniger trüb. Blut trat am Ende nur noch in Spuren auf. Die Trübung des Urins war grösstentheils durch Phosphate bedingt, doch blieb die Flüssigkeit nach Kochen und Salpetersäurezusatz trüb, mit braunen Flocken in derselben schwimmend. In dem Urinsediment fanden sich unter dem Microscop nicht sehr zahlreiche Epithelien, rothe Blutkörperchen und Eiterzellen, aber grosse Mengen kleiner Coccen, die bei dem Gram'schen Verfahren nicht verändert wurden. Prostata und Samenbläschen, deren Contouren deutlich zu fühlen waren, zeigten keine Veränderungen; Druck auf dieselben brachte kein Secret in der Harnröhre zum Vorschein. Ord: Urotropin 50 centigramm alle 3 Stunden.

November 18. Alle Beschwerden im Abnehmen, aber noch nicht verschwunden; weisse Klümpchen oder zusammenhängende Massen wurden nicht mehr entleert; die erste Urinportion enthielt noch einige Fäden, die zweite nur wenige grössere Flocken, ist aber gleichmässig trüb, grösstentheils von Phosphaten; das Microscop zeigt weniger Coccen, vorwiegend Epithelien, theils Plattenepithelien, theils runde und ovale Zellen mit grossem Kern.

Am 19. November berichtet Pat., dass er den Urin jetzt nicht öfter als im normalen Zustande entleert, aber klagt über Schmerzen im Rücken in der Nierengegend. Der Urin war etwas weniger trüb, zum Theil von Phosphaten. Ord.: Urotropin nur 3 mal täglich, Sinapismus, warmes Bad.

Unter dieser Behandlung hatten sich bis zum 21. November die subjectiven Symptome fast völlig verloren, namentlich der Schmerz im Rücken; Urin noch ein wenig trüb. Prostata und Samenbläschen normal.

November 25. Subjective Beschwerden sind nicht mehr vorhanden, am orific. urethrae ein wenig schleimiges Secret, aus Eiterzellen und Plattenepithelien bestehend, letztere mit ganz kleinen Coccen besetzt; keine Gonococcen. Das Sediment aus dem leicht trüben Urin zeigt Epithelien verschiedener Form und Grösse: rund, oval, cylindrisch mit Fortsätzen, geschwänzt, Eiter- und Blutkörperchen, zahlreiche runde Zellen von der Grösse eines rothen Blutkörperchens, fein granulirt, mit oder ohne Kern. Einige Zellen trugen kugelförmige Anhängsel oder Fortsätze.

November 28. Urin immer noch ein wenig trüb, am meisten gegen das Ende des Urinirens, enthält verschiedene mittelgrosse Fäden. Irrigation der Blase mit Kali hypermangan. 1:1500, innerlich Ol. Santal und Salol āā 0.3 3 mal täglich. Am 29. berichtete Pat. den Abgang von etwas Blut, in Form einer Blase, die aufging und blutige Flüssigkeit entleerte. Ausser leicht vermehrter Trübung zeigte sich der Urin nicht verändert, kein Blut. Unter dem Microscop fanden sich einzeln, in Gruppen oder Haufen, Diplococcen, die dem Gonococcus äusserst ähnlich aussahen.

Am 1. December berichtete Pat. nur noch sehr geringe subjective Beschwerden, nur am Ende des Urinirens machte sich noch ein geringer Drang oder unbefriedigtes Gefühl bemerkbar; eine Spur von Secret in der Urethralöffnung. Der Urin wurde

in 3 Portionen entleert, die 3. nach energischem Ausdrücken der Prostata und der Samenbläschen vom Rectum aus und war in allen Portionen gleichmässig, aber wenig trüb; wurde durch Kochen und Säurezusatz nicht merklich verändert. Im Sediment zahlreiche nach Gram nicht veränderte Coccen. Es wurde jetzt wieder zum Urotropin zurückgekehrt, in Folge dessen am 5. December der Urin nur noch eine leichte Trübung von Salzen zeigte und am 8. ganz klar war und beim Kochen blieb.

Pat. war bis zum 10. Juni 1899, zu welcher Zeit er eine Reise nach Europa antrat, unter meiner Beobachtung. Er hat das kohlensäurehaltige Mineralwasser nicht mehr getrunken, und haben sich seither keine Veränderungen im Urin wieder gezeigt, namentlich auch keine Phosphaturie.

Es handelte sich also in dem vorliegenden Falle um die Ausscheidung eines ziemlich zusammenhängenden, grösstentheils aus phosphorsauren Salzen (mit Ausschluss der in alkalischen Urinen häufigen Tripelphosphatkrystalle) bestehenden Gerinnsels durch die Harnröhre, welche zu einem Reizzustand des urogenitalen Tractus Veranlassung gab. An und für sich ist die Bildung und Ausstossung einer derartigen, kreideähnlichen Substanz ein nicht gewöhnliches Vorkommniss, wenigstens wenn man nach der ohnehin ziemlich dürftigen Literatur über Phosphaturie schliessen darf. Auch in der neuesten Beschreibung des Gegenstandes (H. Fenwick in Twentieth Century Practice, Vol. I.) findet sich nichts darauf Bezügliches erwähnt. Ich selbst habe ein derartiges Auftreten von Phosphaten noch nicht gesehen, obwohl ich wiederholt kleinere Mengen solcher schlemmkreideähnlicher Massen beobachtet habe. Wie ich in einem Artikel über Phosphaturie (diese Zeitschrift Vol. VI. Febr. 1894) erwähnt habe, glaubte ich, dass diese weichen Concremente aus der Prostata oder den Samenbläschen oder einem anderen der drüsigen Anhänge stammen möchten.

In dem gegenwärtigen Falle drängte sich natürlich auch sofort die Frage auf, woher das Gerinnsel wohl stammen möge. Die Consistenz desselben machte es in hohem Grade wahrscheinlich, dass sich die im Urin enthaltenen Phosphate irgendwo angesammelt hatten und während eines längeren Aufenthaltes durch Beimischung organischer Substanzen mit Schleim zu einer mehr weniger zusammenhängenden Masse umgeformt worden waren. Die ausgeschiedene Substanz behielt anfangs ihre

Form wie weicher Thon bei, löste sich nur sehr langsam im Urin auf, und trocknete an der Luft zu einem trocknen, kreideartigen Concrement ein.

Die Harnröhre konnte wohl von vornherein als Bildungsstätte ausgeschlossen werden, da die Entleerung erst am Ende des Actes der Harnentleerung erfolgt war. Die Möglichkeit, dass die Ansammlung in der Prostata oder in den Samenbläschen vor sich gegangen, wurde um so mehr in's Auge gefasst, als früher von anderer Seite eine Erkrankung dieser Organe diagnosticirt worden war. Allein die wiederholte Untersuchung ergab weder Veränderungen dieser Organe in Bezug auf Form, Consistenz und Empfindlichkeit, noch war energisches Auspressen derselben jemals von dem Erscheinen irgend welchen Secretes in der Harnröhre oder im Urin begleitet. In der Blase selbst wäre mit Ausnahme etwaiger Ausbuchtungen und Divertikel wohl kaum Gelegenheit gegeben für die Anhäufung von Phosphaten zu einer solchen compacten Masse, da die Anwesenheit einer mehr weniger grossen Menge von Urin dieselben vielmehr in loserem Zusammenhange halten würde, wie es in anderen Fällen hochgradiger Phosphaturie zu beobachten ist. Es erscheint dann der erste Urin ziemlich klar, allmählig wird der entleerte Urin trüber und concentrirter, bis die letzten Urinmengen eine beinahe syrupähnliche oder breiige Beschaffenheit zeigen, ähnlich dem Bodensatz einer übersättigten Mischung von Zucker und Wasser. Auch war die ausgeschiedene Substanz gründlich verschieden von den zähen Schleimmassen, wie sie in alkalischem Urin bei Blasencatarrhen nicht selten beobachtet werden. Ferner zeigten die in dem Sediment des Urines beobachteten Epithelien nur zum kleineren Theil die Form und Grösse des Plattenepithels der Blase. Dieselben deuteten vielmehr mit grosser Wahrscheinlichkeit auf das Nierenbecken und die Nierenkelche als ihren Ursprung hin, obgleich immer zu bedenken ist, dass nach dem Urtheil einer grossen Anzahl von Autoren die Epithelien aus den tieferen Schichten der Blasenschleimhaut von den Epithelien des Nierenbeckens und selbst der Harnröhre nicht mit absoluter Sicherheit zu unterscheiden sind. Endlich lief beim Ausspülen der Blase durch den Catheter mit schwacher Lösung von Kal. hypermangan. die Flüssigkeit sofort nach Entleerung des Urins beinahe ganz rein wieder ab, so dass eine Anhäufung von Salzen in derselben, oder eine intensivere Schleimhautentzündung dort nicht anzunehmen war.

Es bleibt also die wahrscheinlichste Annahme, dass die Ansammlung und gewissermassen Eindickung der Phosphate im Nierenbecken und den Nierenkelchen stattgefunden hatte. Aus der Beimischung von Blut und dem Anhaften von Blutspuren an dem Gerinnsel selbst war zu schliessen, dass dieselben der Oberfläche fest angehaftet hatten und dass die Abstossung nicht ohne Verletzung der Schleimhaut erfolgt war, dass also der ausgeübte Reiz wenigstens theilweise ein mechanischer war. Mit dieser Annahme stimmen auch die subjectiven Symptome ziemlich gut überein, namentlich die wiederholt auftretenden ziehenden Schmerzen in der Harnröhre mit Ausstrahlen nach der Niere zu und die zeitweilige Schmerzhaftigkeit der Nierengegend selbst. Ueber die Bedeutung und die Herkunft der verschiedenartigen Coccen und anderer Microben in dem Urinsediment will ich mich nicht in weitere Erörterungen und Speculationen einlassen; doch glaube ich, eine zufällige Beimischung derselben von aussen her ausschliessen zu können. Da es beinahe drei Wochen dauerte, ehe trotz entsprechender Behandlung und trotz geeignetem ruhigen Verhaltens des Patienten die Symptome völlig beseitigt waren, so kann die hervorgerufene Störung keine ganz leichte gewesen sein, und ist man wohl berechtigt anzunehmen, dass sich leicht eine chronische Nierenentzündung daraus hätte entwickeln können, wenn der Zustand übersehen oder nicht genügend berücksichtigt worden wäre.

Ueber Ferrosomatose

Von

Von Dr. Anton Ewald.

Wie klar auch die praktische Seite der Eisentherapie jedem Arzte sein mag, über die theoretische Seite der Eisenwirkung herrschen heute mehr Anschauungen wie je zuvor. Gegen die ursprüngliche Ansicht: einem chlorotischen Körper fehle es an Eisen, würde dieses künstlich ersetzt, so schwände die Chlorose, wurde doppelt Einwand erhoben; erstens die mit der Nahrung eingeführte Eisenmenge sei vollständig ausreichend, um den Bedarf zu decken, und zweitens das künstlich gereichte Eisen werde entweder nicht oder nur in Spuren resorbirt. Beide Einwände sind nicht stichhaltig; es kann zwar genug Eisen mit der Nahrung zugeführt werden, der grösste Theil derselben aber durch

H^2S in das unresorbirbare Schwefeleisen umgebildet werden. Bunge behauptet, dass das medicamentell eingeführte Eisen mit dem Schwefelwasserstoff sich verbinde und durch dessen Bindung die mit der Nahrung eingeführten organisch gebundenen Eisenmengen vor Zersetzung schütze. Gegenüber dem Einwande, dass von dem in den Körper eingeführten Eisen nichts oder nur wenig ins Blut gelange, hat sich die Anschauung herausgebildet, dass in der That ein Theil des Eisens resorbirt werde. Andere Autoren glauben, dass die Eisenpräparate etwa wie Tannin adstringirend, tonisirend auf den Magen und Darm wirken und diese Organe zur Assimilation besser befähigen.

Trotz aller Controverse über die Eisenfrage giebt es zwei bestimmte Richtungen, die wir einhalten müssen, da sie direct durch das Experiment bewiesen und voll anerkannt sind. Kunkel in Würzburg hat durch Versuche mit verschiedenen Fütterungen an Thieren nachgewiesen, dass das Eisen die Bildung von Blut befördert; ferner haben Kunkel, Quincke, Woltering, Saule und Cloetta den Beweis erbracht, dass die Resorption des Eisens im Duodenum erfolgt und zwar unabhängig von der Weise der Darreichung — in der Form eines Albuminates.

Diese Thatsache gab einen Fingerzeig für die Darstellung besserer Eisenpräparate und es wurden alsbald Präparate hergestellt, die den Eisenverbindungen, wie sie im Blute und in den Organen vorkommen, gleichen; zu gleicher Zeit erwies sich, dass die organischen Eisenverbindungen viel besser vertragen werden, als die anorganischen. Alle anorganischen Eisenverbindungen reizen die Magen- und Darmschleimhaut und werden bei Störungen des Digestivtractus nicht vertragen; nun aber besitzen gerade die Patienten, die eine Zufuhr von Eisen benöthigen, eine penible Reizbarkeit des Intestinal tractus oder leiden an Catarrh von Magen und Darm — Magengeschwür u. s. w. Für diese Patienten, die ohnedies durch die mangelhafte Thätigkeit dieser Organe in ihrer Ernährung heruntergekommen sind, würde dies eine weitere Schädigung bedeuten und die Erfahrung hat gelehrt, dass dies in der That der Fall ist. In Erkennung dieser Thatsache wurden im Laufe der letzten Jahre verschiedene Eisenpräparate in organischer Form in die Praxis eingeführt, theils mit sehr gutem Erfolge, unter anderen auch die Ferrosomatose, die in sofern von den Eisenpräparaten der organischen Reihe abweicht, dass sie durch ihre Trägerin,

die Somatose, bekanntlich das beste der Albumosenpräparate, einen hohen nutritiven Werth besitzt. Ich habe die Ferrosomatose in verschiedenen Fällen angewandt und die guten Erfolge bewegen mich, Einiges hierüber mitzutheilen.

Die Eisensomatose ist ein in wässerigen Flüssigkeiten leicht lösliches, braunes Pulver, sie enthält 2 Procent Eisen in organischer Form; sie wurde von mir verabreicht in Dosen von 3,0—5,0 dreimal täglich (einen Theelöffel voll bis zum Rande gefüllt 3 mal täglich).

Die Resultate waren folgende: Fünf Fälle von Chlorosis (meistens Pat. des Deutschen Dispensary):

	Woche.	Patienten.				
		1.	2.	3.	4.	5.
Alter	....	14	22	17	15	14
Gewicht in Pfund	1	74	115	105	83	79
	4	83	119	114	97	85
Haemoglubin	1	40	59	49	53	50
Fleischl)	4	63	76	72	69	71

Es muss hier noch bemerkt werden, dass diese Pat. meist unter sehr ungünstigen Verhältnissen lebten und während der Behandlung selbst zeitweilig gezwungen waren, ihre Arbeit in dicht gedrängten Fabrik- oder Verkaufsräumen fortzusetzen.

Es folgen hier noch zwei weitere Fälle, die mit Ferrosomatose behandelt wurden:

1) M. R. (Patient des N. Y. Mothers Home), 34jährige I para wurde von mir am 14. Juli mittelst Zange entbunden. Rigidität der Weichtheile — plattverengtes Becken — secundäre Wehenschwäche trübten die Prognose des Falles; nach der sehr mühevollen Entbindung erwies sich die Placenta noch als erkrankt, konnte aber mittelst Credé herausbefördert werden. Der Blutverlust, sowie die Erschöpfung der Patientin war hochgradig. Der Verlauf des Wochenbettes war fieberlos, doch war Patientin extrem anäm.; schwacher Puls, Oedeme u. s. w.; Patientin erbrach häufig und zeigte eine empfindliche Reizbarkeit des Magens, nach Versuchen von verschiedenen Präparaten reichte ich Ferrosomatose, die gut vertragen wurde und auf die das Befinden der Patientin sich sichtlich besserte.

2) L. M., 28 Jahre alt, III para wurde nach einer Sturzgeburt ins Hospital gebracht. Am 4. Tage nach der Geburt stellte sich unter Schüttelfrost Fieber — 103 ein, das mit geringen

Schwankungen begleitet von Schüttelfrösten, mehrere Tage anhielt; nach dreimaliger Applikation von Unguentum Credé kehrte die Temperatur am 12. Tage zur Norm zurück, doch stellte sich alsbald ein grosser Schwächezustand ein infolge von starker Anämie; selbst die leichteste Nahrung wurde kaum vertragen, so dass der Zustand der Patienten besorgnisserregend war. Ich fing an der Patientin Ferrosomatose in geringer Dosis zu geben, die ich allmählich steigerte, und das Resultat was äusserst befriedigend, indem die Kranke sich langsam aber merklich erholte.

Ich wendete ferner Ferrosomatose an in einigen Fällen von langsamer Tuberculose, die trotz des stetig einwirkenden Virus von Seiten der Lungen her sehr günstig reagirten. Zwei Patienten, die infolge einer Quecksilbercur in frischer Syphilis sehr heruntergekommen waren und nach starkem Haemoglobinverlust an unangenehmer Depressionsstimmung litten, that die Ferrosomatose ausgezeichnete Dienste.

Wenn ich alles zusammenfasse, kann ich mit Recht sagen, dass die Ferrosomatose nicht nur der theoretischen Anforderung eines idealen Eisenpräparates entspricht, sondern infolge ihrer Trägerin, nämlich der Somatose, den Vorzug als treffliches Nährmittel und Roborant besitzt. Sie ist angenehm zu nehmen, da sie nahezu geruch- und geschmacklos ist, schwärzt die Zähne nicht und wird von dem reizbarsten Magen und Darm vertragen; wir besitzen in ihr ein Mittel, das sich bei der Anämie ohne eine besondere specifische oder bösartige Grundlage, sowie bei Chlorose, wo sich der Digestionstractus weigert, die dem Organismus nöthigen Ersatzmittel aufzunehmen, ausgezeichnet bewährt.

1187 Madison Ave.

Referate und Kritiken.

Die Diagnose der practisch wichtigen angeborenen Störungen des Farbensinnes, von Dr. W. Nagel. Verlag von Bergmann. Wiesbaden, 1899.

Nagel bespricht die Methoden zur Diagnose der Farbensinnstörungen und empfiehlt für Massenuntersuchungen auf Farbenblindheit zu statistischen Zwecken: die Holmgren'sche Probe, seinen diagnostischen Farbengleichungsapparat, seine Farbentafeln und Daae's Wollprobentafel. Er bemerkt, dass, wer bei den beiden Holmgren'schen Proben die characteristischen Fehler gemacht hat, zum Grün Grau

und Braun, zum Rose Blaugrün oder Violett gelegt hat, darum noch nicht farbenblind zu sein braucht, er kann sogar in nur mässigem Grade farbenschwach sein. Es wäre daher unrecht, sich bei amtlichen Untersuchungen von Eisenbahnangestellten z. B. auf diese zwei Proben zu verlassen. Es würde sich vielmehr in einem solchen Falle folgende Combination diagnostischer Methoden empfehlen.

1) Zunächst Prüfung mit Wollen nach Holmgren mit Grün, Purpur, Graubraun, Violett.

2) Prüfung mit Nagel's Farbentafeln (oder mit Daae's Tafel oder mit Nagel's Farbengleichungsapparat).

3) Prüfung mit Pflüger's Florcontrastmethode.

Hierin schliessen sich einige Bemerkungen über das Verfahren zur Erkennung von Simulation und Dissimulation von Farbenblindheit.

Denig-New York.

Anleitung zur Erlernung der Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit. Auf Grund eigener, bei 433 Gallensteinlaparotomien gewonnener Erfahrungen für den practischen Arzt zusammengestellt von Prof. Dr. Hans Kehr in Halberstadt. Fischer's medicinische Buchhandlung, H. Kornfeld. Berlin 1899.

Der Practiker, der Gallensteinoperationen nicht ausführen kann oder will, wünscht besonders über zwei Fragen Aufklärung: Wie erkennt man die einzelnen Formen der Cholelithiasis und wann ist eine Karlsbader Kur und wann eine operative Behandlung indicirt? Die Antwort auf diese beiden Fragen giebt Verf. im ersten Theile des Buches in vier Vorträgen, die er in der neuen medicinischen Gesellschaft in Halberstadt gehalten hat. Da nur auf Grund ganz genauer, den Sitz der Steine und den Grad der Entzündung berücksichtigender Diagnosen die Frage entschieden werden kann, ob Karlsbad, ob Operation, ist in diesen Vorträgen das Hauptgewicht auf die specielle Diagnostik der einzelnen Formen der Gallensteinkrankheit gelegt. Der erste Vortrag behandelt die Pathologie und pathologische Antatomie, der zweite die Anamnese und Untersuchung bei der Cholelithiasis; der dritte Vortrag hat die specielle Diagnostik und der vierte die Behandlung der Cholelithiasis zum Gegenstand. Im zweiten Theile sind 100 Kranken- und Operationsgeschichten angeführt, deren genaues Studium die Erlernung der speciellen Diagnostik der Cholelithiasis erleichtert. Ein Nachtrag enthält einen Bericht über die vom 1. April bis 15. Mai 1899 vom Verf. ausgeführten Gallensteinoperationen nebst Bemerkungen über Riedel's entzündlichen Icterus und die schleichende Infection des Gallensystems. Diese kurze Andeutung des Inhaltes möge genügen, um den reichhaltigen Inhalt des Buches und dessen grossen Werth für den Practiker behufs Studiums der Gallensteinkrankheiten erkennen zu lassen. Die Darstellungsweise des Verf. ist eine exacte, alles Ueberflüssige bei Seiten lassende und ist daher in jeder Bezihung als eine vorzügliche zu bezeichnen. Das Buch kann jedem Arzte, auch dem Chirurgen, warm empfohlen werden.

Agenda therapeutica. Neuere Medicamente und Arzneiverordnungen, zusammengestellt von Privatdocent Dr. Heinrich Paschkis. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1899.

Das kleine Büchlein (108 Seiten) enthält eine Zusammenstellung der neuesten Medicamente und Arzneiformeln, soweit dieselben für den Practiker von Wichtigkeit sind, eine Arbeit, die bei der Unmenge der fortwährend auf dem Markte erscheinenden Arzneipräparate nur willkommen sein dürfte. Denn mit kritischer Würdigung hat der Verf. nur diejenigen Mittel in seine Zusammenstellung aufgenommen, die bereits eine gewisse Probe überstanden haben, und deren Anwendung dem Practiker daher auch Aussicht auf therapeutischen Erfolg gewähren dürfte. Ausserdem wird durch das Werkchen Demjenigen, der sich über die Eigenschaften eines der neueren Mittel oder die Dosirung desselben informiren will, das mühsame und zeitraubende Suchen nach den in der gesammten medicinischen Literatur zerstreuten Publicationen über diese Mittel erspart. Die Eintheilung des Stoffes ist eine übersichtliche; die Mittel sind in innerlich angewendete, in äusserliche Mittel und in künstliche Nahrungsmittel geschieden; den innerlich angewendeten Mittel sind anhangsweise die organotherapeutischen und die Serumpräparate angefügt. Jede Gruppe ist alphabetisch angeordnet und ist so das Nachschlagen erleichtert. Es ist zu erwarten, dass das Büchlein bei den Collegen eine günstige Aufnahme findet.

Sexualleben und Nervenleiden. Die nervösen Störungen sexuellen Ursprungs nebst einem Anhang über Prophylaxe und Behandlung der sexuellen Neurasthenie. Von Dr. Löwenfeld. Zweite, völlig umgearbeitete und sehr vermehrte Auflage. Verlag von J. E. Bergmann. Wiesbaden 1899.

Obiges Werk ist die zweite Auflage des Verfassers Schrift „Nervöse Störungen sexuellen Ursprungs", die im Jahre 1891 erschienen war. In den 8 Jahren, die seitdem verflossen sind, ist die Literatur, welche sich mit den verschiedenen Problemen des Sexuallebens beschäftigt, so bedeutend gewachsen, und hat der auf diesem Gebiete rühmlichst bekannte Verf. eine so grosse Anzahl hierher gehöriger Beobachtungen gemacht, dass er seine ursprüngliche Arbeit einer bedeutenden Umarbeitung und Vermehrung unterziehen konnte. Die Zahl der Capitel ist von 6 auf 14 gestiegen, und die von der ersten Auflage übernommenen Abschnitte haben derartige Veränderungen erfahren, dass man fast von einem neuen Werke sprechen kann. Das Gebiet, das Verf. mit vorliegender Arbeit behandelt, ist ein noch verhältnissmässig junges und wenig betretenes, und andererseits wird sich kaum ein Arzt der Wichtigkeit, die dasselbe für die Beurtheilung vieler Erkrankungen besitzt, verschliessen können. Es kann desshalb nur mit Freuden begrüsst werden, wenn uns ein so von gesunden Anschauungen durchdrungenes Werk wie dieses geboten wird. Dass die sexuell-nervösen Vorgänge besonders geeignet sein müssen, das Nervensystem in weitem Umfange und in intensivster Weise zu afficiren, können wir ersehen aus den Veränderungen der Gemüthslage und Vorstellungswelt bei männlichen und weiblichen Individuen während

der Pubertätsperiode, aus dem Einfluss der Castration auf den Character bei Menschen und Thieren und aus den Störungen in den verschiedensten Nervengebieten in Folge gewisser Erkrankungen und abnormer Zustände der Sexualorgane. Die Natur hat den Act, an welchen sich die Erhaltung des Geschlechtes knüpft, mit Sensationen ausgestattet, deren Beschaffenheit viele Personen bestimmt, den Genuss derselben unabhängig von irgend welchen weiteren Zwecken zu erstreben. Dies führt sowohl zur Unmässigkeit im sexuellen Verkehr wie zu sexuellen Verirrungen, deren Kosten in erster Linie das Nervensystem zu tragen hat. Andererseits ist das, was man gewöhnlich als sexuelles Bedürfniss bezeichnet, nicht ein so klar und unzweideutig sich kundgebender Zustand, wie bei den meisten anderen Bedürfnissen. Wenn daher schon von altersher die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die nervösen Leiden gerichtet war, welche durch geschlechtliche Thätigkeit oder Zustände der Geschlechtsorgane hervorgerufen wurden, so drängt sich dem beobachtenden Arzte der Zusammenhang vieler nervöser Erkrankungen mit Vorgängen und Zuständen in der Sexualsphäre in der Neuzeit, in welcher die Lebensverhältnisse und angeborene Constitution das Nervensystem bei einer ungeheuren Anzahl von Menschen für Reize jeder Art empfänglicher machen, in überzeugenderer Weise auf als wohl je in früher Zeit. Auf der anderen Seite haben wir aber auch in neuerer Zeit für viele Nervenübel, deren Quelle man früher auf geschlechtlichem Gebiete suchte, andere Ursachen kennen gelernt. Dijenigen Verhältnisse des sexuellen Lebens und pathologische Veränderungen der Genitalorgane zu besprechen, welche am häufigsten zu Störungen im Nervenbereiche führen, hat sich L. zur Aufgabe gemacht, und man kann sagen, dass er diese Aufgabe in ganz ausgezeichneter Weise gelöst hat. Dabei muss besonders lobend hervorgehoben werden, dass er nicht, wie dies von anderen Autoren geschehen ist, die Bedeutung des sexuellen Lebens und seiner Folgen für das Nervensystem übertreibt, sondern in allen Beziehungen einen streng objectiven und sachgemässen Standpunkt einnimmt. Leider kann auf den ungemein reichhaltigen und interessanten Inhalt des Buches an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Dasselbe sei hiermit allen Aerzten auf das Wärmste empfohlen, insbesondere auch denjenigen, für welche der Gegenstand des Buches aus Gründen der Prüderie ein Noli me tangere ist.

Die Krankheiten der Eierstöcke. Unter Mitwirkung von M. Heinrichs-Murraysburg (Capland), E. Herter-Berlin, F. Kippenberg-Bremen, R. Kossmann-Berlin, E. G. Orthmann-Berlin, M. Sänger-Prag, H. Stöcklin-Berlin, P. Wendeler-Berlin, M. Wilns-Leipzig. Herausgegeben von A. Martin. Greifswald. Erste Hälfte mit 98 Textabbildungen und 4 Tafeln. Zweite Hälfte mit 75 Textabbildungen und 1 Tafel. Verlag von Arthur Georgi. Leipzig 1899.

Obiges Werk bildet den zweiten Band zu dem von A. Martin herausgegebenen Handbuch der Krankheiten der weiblichen Adnexorgane. Wohl kaum je zuvor ist das Capitel über die Krankheiten der Eier-

stöcke so eingehend und so allseitig behandelt worden wie in dem Martin'schen Handbuche. Ohne einen Versuch machen zu wollen, auf den ungemein reichhaltigen Inhalt des Werkes (991 Seiten) näher einzugehen, sei nur erwähnt, dass die einzelnen Mitarbeiter kein Gebiet, das mit den Ovarien in Verbindung steht, unberücksichtigt gelassen haben; Anatomie, Entwicklungsgeschichte, Physiologie und Pathologie der Eierstöcke, Symptome, Diagnose, Verlauf und Prognose, sowie Therapie der einzelnen Erkrankungsformen haben theils auf Grund eignen Materials und eigner Beobachtungen, theils unter sorgfältiger Benutzung der einschlägigen Literatur die eingehendste Bearbeitung gefunden. Auf genaue Quellenangabe ist besondere Rücksicht genommen. Als auf einen ganz besonders interessanten Abschnitt sei noch auf das Capitel über Anatomie, Entwicklungsgeschichte und Physiologie des Eierstockes, von A. Martin und P. Wendeler bearbeitet, hingewiesen. Eine grosse Anzahl ausgezeichnet ausgeführter Textabbildungen und 5 Tafeln vervollkommenen den Inhalt und erhöhen den Werth des Handbuches. Auch die sonstige Ausstattung des Werkes von Seiten des Verlegers ist als eine vorzügliche zu bezeichnen. Das Buch ist nicht nur dem Gynäcologen, sondern auch dem allgemeinen Practiker sehr zu empfehlen.

Leitfaden für den gynäkologischen Operationskurs mit Berücksichtigung der Operationen an der Lebenden. Für Aerzte und Studirende. Von Dr. E. G. Orthmann. Berlin. Mit Vorwort von Prof. Dr. A. Martin und 86 zum Theil farbigen Abbildungen. Verlag von Arthur Georgi. Leipzig 1899.

Der vorliegende Leitfaden ist unmittelbar aus den gynäcologischen Operationscursen hervorgegangen, welche Verf. theils unter Leitung von A. Martin, theils selbstständig während eines Zeitraumes von 10 Jahren abgehalten hat. Es konnten bei der Darstellung, um dem Büchlein den Character als wirklich practischer Leitfaden zu wahren, natürlich nur die wichtigsten Operationen berücksichtigt werden und unter diesen wieder nur diejenigen Methoden, welche sich am besten bewährt haben. Die zum besseren Verständniss des Operationsganges beigegebenen, meist zweifarbigen Zeichnungen sind zum grössten Theil nach Photogrammen angefrigt und bilden dem Studirenden ein vorzügliches Hülfsmittel zur raschen Orientirung. Das Büchlein dürfte sowohl dem Lernenden, als jedem Arzte, der sich über diese oder jene gynäcologische Operation rasch und doch in zuverlässiger Weise zu unterrichten wünscht, sehr willkommen erscheinen, um so mehr, als durch dasselbe eine wirkliche Lücke in der medicinischen Literatur ausgefüllt wird.

Die Krankheiten der Niere und Blase, gebildeten Laien geschildert. Von Dr. med. Karl Rörig Jr. in Hannover, früher Badearzt in Wildungen. Verlag von Adolf W. Köllner. Berlin und Hannover. 1899.

Das Buch ist, wie der Titel besagt, für „gebildete Laien" bestimmt, soll denselben jedoch keineswegs den Arzt ersetzen, sondern ihnen vor Augen führen und zum Bewusstsein bringen, wie wunderbar und ziel-

bewusst die Organe geschaffen, wie ihre Functionen in einander greifen und sich ergänzen, wie Krankheiten entstehen und verlaufen, wie durch richtige Lebensweise der menschliche Körper nach Möglichkeit gesund zu erhalten ist. Von diesem Standpunkte ausgehend giebt Verf. in auch für den Laien verständlicher Schreibweise die Grundzüge der Verdauung, der Resorption und des Kreislaufes, ferner Anatomie und Physiologie der Nieren, sowie die Zusammensetzung des Harns. Alsdann schildert er die verschiedenen Erkrankungsformen der Nieren und der Harnblase, Symptome, Verlauf und Behandlung. Es frägt sich nun, ob es vom ärztlichen Standpunkte aus rathsam ist, dem Laien ein derartiges Buch in die Hand zu geben. Ref. möchte diese Frage, soweit sie den zweiten, pathologischen und therapeutischen Theil des Buches anbelangt, ganz entschieden verneinen. Dass das Buch für „gebildete Laien" bestimmt ist, macht keinen Unterschied, denn in dieser Beziehung hat der gebildete Laie vor dem ungebildeten durchaus nichts voraus; im Gegentheil, es ist bekannt, dass weitaus die Mehrzahl der Frequentanten von Curpfuschern, wie Schäfer Ast in Radebruch, „Mykologe" C. M. Goessel in Dresden etc. zu den sogen. gebildeten Ständen gehört und sich bis in die höchsten Kreise erstreckt. Es ist daher zu befürchten, dass Laien, die sich mit einer derartigen Lectüre befassen, entweder veranlasst werden, Curversuche an sich selbst oder ihren Mitmenschen zu veranstalten, oder, wenn ersteres nicht der Fall ist, zu Hypochondern werden, weil sie die verschiedenartigen in dem Buche aufgezählten Symptome nicht zu deuten wissen und sie mehr oder minder auf ihren wirklich bestehenden oder auch nur vermeintlichen Krankheitszustand beziehen. Es ist zur Genüge bekannt, welche Crux für den Arzt Patienten sind, welche sich mit „Doctorbüchern" beschäftigen und über ihren Zustand besser unterrichtet zu sein glauben, wie ihr Arzt. Daher dürfte nach Ansicht des Ref. das Buch, so gut es auch vom Standpunkte des Verf. aus geschrieben ist, doch nicht jedem „gebildeten" Laien in die Hand zu geben sein, sondern nur nach sorgfältiger und reiflicher Ueberlegung von Seiten des Hausarztes.

Die Neu-Karlsbader Hauskur und ihre Anwendung. Von Dr. Hans Brakebusch. Verlag von Adolf W. Köllner. Berlin und Leipzig, 1899.

Das Büchlein ist in populärer, zum Theil jedoch vollkommen unverständlicher Sprache von einem Chemiker verfasst zur Einführung der von ihm erfundenen „Neu-Karlsbader Präparate." Irgend ein wissenschaftlicher Werth ist dem Büchlein nicht beizumessen.

Handbuch der practischen Medicin. Unter Redaction von Dr. W. Ebstein und Dr. J. Schwalbe. Herausgegeben von W. Ebstein. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1899. Lieferung 9 mit 13.

Wiederum ist ein stattlicher Theil des Ebstein'schen Handbuches zur Ausgabe gelangt. Die Lieferungen 9 und 11 enthalten in vortrefflicher Weise dargestellt die Krankheiten des Darms, von Hofrath Dr. A

Pribram in Prag, die Verdauungsstörungen im Säuglingsalter, von Prof. Dr. A. Epstein und den Anfang der Erkrankungen der Leber, der Gallenblase und der Gallengänge, sowie der Pfortader, von Geh. Medicinalrath Prof. Dr. W. Ebstein. Lieferung 10 behandelt einen Theil der Krankheiten des Gehirns, einschliesslich des verlängerten Marks (Prof. Dr. Th. Ziehen, in Jena); die Lieferungen 12 und 13 bringen den Schluss der Krankheiten der Kreislaufsorgane (Prof. Dr. E. Romberg in Leipzig) und vollenden dadurch den ersten Band des Werkes (1157 Seiten). Auch diese neurdings erschienenen Lieferungen bestätigen vollauf die hohen Erwartungen, zu denen schon die erste Lieferung berechtigte.

Deutsche Vierteljahrsschrift für Gesundheitspflege. Organ des „Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege." Redigirt von Dr. A. Spiess und Dr. M. Pistor. Verlag von Friedrich Vieweg und Sohn. Braunschweig 1899. 32. Band, 2. und 3. Heft.

Die vorliegenden Hefte enthalten ausser einer grossen Anzahl von Kritiken und Besprechungen, sowie von Sitzungsberichten wissenschaftlicher Vereine wiederum eine stattliche Reihe wichtiger Originalbeiträge. Leider muss sich Ref. auf die blosse Anführung ihrer Titel beschränken. Heft 2 enthält die folgenden Originalarbeiten: Ueber die Hochwasserkatastrophe vom Sommer 1897 und ihren Einfluss auf die Gesundheitsverhältnisse im Kreise Lauben. Von Kreiswundarzt Dr. Steinberg in Lauban. Entstehung und Verbreitung der Diphtherie nebst sanitätspolizeilichen Maassregeln zur Verhütung derselben. Von Dr. Carl Aust (Nauen). Das erste Auftreten von Ankylostoma duodenale im oberschlesischen Industriebezirke und die dagegen getroffenen Maassnahmen. Von Assistenzarzt Dr. O. Schrader (Königshütte O.-S.). Beiträge zur Arbeiterwohnungsfrage in Deutschland. Von Dr. med. Julian Marcuse (Mannheim). Soll den gewerbsmässigen Kurpfuschern durch ein zu erlassendes deutsches Reichs-Seuchengesetz die Pflicht zur Anzeige ansteckender Krankheiten auferlegt werden? Von Geh. Med.-Rath Dr. Oscar Schwartz (Köln). Stadtarzt und Schularzt. Von Dr. A. Spiess (Frankfurt a. M.). Die Schwachsinnigen als socialhygienische Aufgabe. Von Stadtwundarzt Dr. Ascher (Königsberg i. Pr.). Im 3. Heft finden wir: Zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht. Von Dr. Theodor Büdingen (Mainz). Unter welchen Verhältnissen tritt Kohlenoxyd in die Luft bewohnter Räume ein und durch welche Maassregeln wird diese Gefahr beseitigt? Von Dr. med. Willy Sachs in Mülhausen. Ueber den Stand der Schutzpockenimpfung in England. Von Dr. Rudolf Abel (Hamburg). Die Regelung der Prostitution in Madrid. Von Dr. Jos. Schrank, k. k. Polizeirath in Wien. Ueber die Reform des schwedischen Apothekenwesen. Von Dr. E. Axel Holmström (Stockholm). Betreffs näherer Einzelnheiten muss auf die Originalhefte der trefflich redigirten Zeitschrift verwiesen werden.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1899, No. 33 mit 36.

1) A. Oswald: Ueber die Function der Schilddrüse. (Aus dem physiol.-chem. Institut des Herrn Prof. Hofmeister in Strassburg i. Elsass.) — Versuche mit Schweinsschilddrüsen haben ergeben, dass durch Ausziehen mit physiologischer Kochsalzlösung sämmtliche jodhaltige Stoffe in das Extract übergehen, soweit dies überhaupt bei der Extraction von Organen möglich ist, und ferner, dass diese jodhaltige Stoffe Eiweisskörper sind, welche sämmtliches in der Drüse vorkommendes Jod enthalten, da das enteiweisste Extract jodfrei ist. Es konnten zwei Eiweisskörper isolirt werden, welche in ihrer Zusammensetzung, ihren Eigenschaften und ihrer Wirksamkeit vollkommen different sind. Der eine Eiweisskörper trägt die allgemeinen äusseren Eigenschaften der Globuline, ist aber ausserdem in salzhaltiger Lösung noch fällbar durch Essigsäure, jedoch in deren Ueberschuss wieder löslich. Er wurde der Kürze halber als Thyreoglobulin bezeichnet. Der zweite Eiweisskörper enthält kein Jod, hingegen Phosphor, ausserdem Nucleinbasen. Er stellt somit ein Nucleoproteid dar. Ausser diesen beiden ist kein Eiweisskörper in dem wässerigen Drüsenauszug vorhanden. Da nun Baumann und Roos festgestellt hatten, dass enteiweisste Schilddrüsenextracte keine Wirksamkeit besitzen, so musste die wirksame Substanz in den beiden gewonnenen Eiweisskörpern bezw. in einem derselben allein enthalten sein. Fütterungsversuche haben nun ergeben, dass das Thyreoglobulin auf die Stickstoffausscheidung des Organismus den gleichen Einfluss ausübt, wie die ganze Schilddrüse. Dies lässt ersehen, dass einzig und allein das jodhaltige Thyreoglobulin der Träger der specifischen Wirksamkeit der Schilddrüse auf den Stoffwechsel ist.

2) V. Wille (Oberdorf): Neuralgia epidemica (localis). — Verf. hat in der Zeit vom 10. August bis 10. November 1898 mehr als 50 Neuralgiefälle beobachtet und behandelt. Die Krankengeschichten von 50 Fällen werden kurz skizzirt wiedergegeben, und wurde das reichhaltige Material in statistischer und aetiologischer Beziehung in besonders ausführlicher Weise verwerthet. Näheres ist in der Originalarbeit nachzusehen.

3) F. Hahn: Zwei Fälle von Verletzungen des Magendarmtractus. (Aus der chirurg. Abtheilung des allgem. städt. Krankenhauses in Nürnberg.) — Es handelte sich um eine Stichverletzung des Magens, die noch durch die Spätcomplication mit Ileus besonderes Interesse bot, und um eine Contusion des Bauches durch Hufschlag. Beide Fälle wurden laparotomirt und endeten mit Heilung. Der günstige Ausgang beider Fälle ist verschiedenen Umständen zu verdanken, vor Allem der frühzeitigen Vornahme der Laparotomie, der gründlichen Reinigung und Tamponade der Bauchhöhle, und nach Ansicht des Verf. gewiss nicht zum mindesten dem Umstand, dass von der Darreichung von Opiaten, mit Ausnahme von kleinen Morphiuminjectionen Abstand genommen worden war.

4) Leopold: Ueber das Verhältniss zwischen den Indicationen zur Sectio caesarea, Symphseotomie, Craniotomie und Partus arte praematurus. (Aus der kgl. Frauenklinik in Dresden.) — L. stellt die Indicationen wie folgt: 1) Die Craniotomie ist angezeigt a) bei abgestorbenem Kinde, wenn irgend welche Geburtsverzögerung eintritt, b) bei absterbendem Kinde, wenn wegen Beckenenge eine spontane Geburt nicht eintritt und wenn die Wendung und Extraction, sowie die Zange zu gefährlich bezw. unerlaubt sind, c) bei lebensfrischem Kinde ist die Craniotomie in der Privatpraxis angezeigt, wenn in Folge von Beckenenge die spontane Geburt, Zange und Wendung ausgeschlossen sind, wenn die Frau entbunden werden muss, und wenn unter voller Würdigung der äusseren Umständen des Falles die Vornahme der Sectio caesarea oder der Symphysiotomie zu gewagt ist. 2) Die Sectio caesarea kann sowohl relativ wie absolut angezeigt sein. Zur Vornahme aus relativer Anzeige muss verlangt werden, dass eine spontane Geburt ausgeschlossen ist und dass sich die Gebärende, deren Entbindung keinen weiteren Aufschub mehr erlaubt, unter solchen Verhältnissen befindet, welche sowohl die Vornahme der Operation, wie die Nachbehandlung vollkommen gesichert erscheinen lassen. Treffen diese Verhältnisse nicht zu, dann kommt als Ersatzoperation die Craniotomie in Betracht. Bei einer Beckenenge mit einer Conj. vera von 6 cm und weniger muss die Sectio caesarea ausgeführt werden. 4) Die Symphysiotomie steht in ihrer Ausdehnung weit hinter dem Kaiserschnitt zurück und beherrscht noch nicht einmal ganz die Becken, welche dem 2. Grade der Verengerung angehören. Die Wahl, ob Symphysiotomie, ob relative Sectio caesarea, hängt von der Vorliebe für eine von beiden und den Erfahrungen des Operateurs ab. Die Resultate der beiden Operationen stehen bei strenger Einhaltung der Vorbedingungen und der Technik als lebenserhaltende Eingriffe für Mutter und Kind auf ziemlich gleicher Stufe.

5) R. Heymann: Ueber einen Fall von Haemophilie mit erfolgreicher Anwendung der Gelatineinjection. — Es handelte sich um einen Bluter, dem H. die Rachenmandel mit dem Kirstein'schen Ringmesser abgetragen hatte. Es gelang trotz Anwendung der verschiedensten Mittel, wie erhöhte Rückenlage mit Applicirung von Kälte in Form von Eispillen und Eisbeutel auf die Nasenwurzel, Ferropyrin, Tamponade der Nase von vorn etc. nicht, die Blutung zum Stehen zu bringen. Es wurde nun die hintere Nasentamponade vorgenommen. Da auch diese gegen die Blutung erfolglos war, liess sich H. eine 2,5 proc. neutralisirte und sterilisirte Lösung von Gelatine in physiologischer Kochsalzlösung anfertigen und spritzte von dieser auf 40° C. erwärmten Lösung dem Kranken 140 ccm unter die Brusthaut. Schon bald wurde die Blutung schwächer und hörte drei Viertel Stunden nach der Injection vollständig auf.

6) J. A. Amann: Ueber Neueinpflanzungen des Ureters in die Blase auf abdominalem Wege zur Heilung von Uretercervicalfisteln. — A. fasst seine Erfahrungen mit der intra-extraperitonealen Methode der Uretereinpflanzung in die Blase nach Witzel in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die anatomischen Verhältnisse gestatten grössere Bloss-

legungen des Ureters ohne Nachtheil. 2. Die auf die topographisch-anatomischen Verhältnisse mehr Rücksicht nehmenden modernen Operationsmethoden schützen vor Verletzungen des Ureters, so besonders durch breites Ablösen der Blase, Vermeiden von Massenligaturen, isolirte Gefässunterbindung, ausgiebige Stielung der Ligamente vor Anlegung von Klemmen, Herauspräpariren des Ureters während der Operation. 3. Der mit Hülfe des Cystoscops auszuführende Catheterismus der Ureteren ist mehr als dies bisher geschieht in den betreffenden Fällen anzuwenden. 4. Bei frischen Ureterverletzungen während der Operation ist, wenn die directe Vereinigung nicht möglich ist, die intraextraperitoneale Einpflanzung des Ureters in die Blase nach Witzel vorzunehmen. 5. Bei alten Uretervaginalfisteln ist, wenn nicht zu viel Narbengewebe vorhanden, eine vaginale Methode womöglich mit Ausschälung des Ureters zu versuchen. Bei Uretercervicalfisteln soll in geeigneten Fällen vaginal mit Spaltung der vorderen Uteruswand der Ureter aufgesucht werden und in die vom Uterus abgelöste Blasenwand eingepflanzt werden. In den meisten Fällen ist die intraextraperitoneale Methode von Witzel zu empfehlen. 6. Die Exstirpation einer gesunden Niere wegen Ureterfistel ist zu verwerfen. Bei Pyelitis sind zunächst Ausspülungen des Nierenbeckens vorzunehmen. Auch bei bestehender Pyelitis sind Einheilungen des Ureters in die Blase und spätere Ausheilungen der Pyelitis erzielt worden. 7. Jede Art von Kleisis, ob am Uterus oder im obersten Theile der Vagina oder tiefer unten in der Vagina, ist zu vermeiden. 8. Die Entfernung des Ureters behufs Umwandlung einer Uretercervicalfistel in eine Uretervaginalfistel ist unnöthig.

7) J. Hoppe: Ein Beitrag zur Lehre vom Mumps. (Aus der Kinderabtheilung der Landes-, Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe.) — Verf. berichtet über eine Epidemie unter den Knaben der Anstalt, die in den meisten Fällen nur die Glandula submaxillaris, in einigen noch die Ohrspeicheldrüse mitbefiel.

8) H. Schlesinger: Hydrops hypostrophos. Ein Beitrag zur Lehre der acuten angioneurotischen Oedeme. (Aus dem Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium.) — Verf. hat sich längere Zeit mit der Frage der acuten Oedeme beschäftigt und hat Beziehungen zwischen einer nicht kleinen Zahl seltener Affectionen ausfindig gemacht, die deren Zusammenziehung zu einem einheitlichen Krankheitsbild rechtfertigen, für welches er die Bezeichnung Hydrops hypostrophos gewählt hat, da allen gemeinschaftlich als Hauptmerkmal wiederkehrende, oedematöse, oft umfangreichere Schwellungen der Haut, der Schleimhäute oder anderer Körperabschnitte zukommen, welche unabhängig von zufälligen Schädlichkeiten sich entwickeln. So zählt Sch. u. A. die acut recidivirenden Oedeme der Lippen, des Zahnfleisches, der Zunge, der Rachen- und Kehlkopfschleimhaut, insoferne sie nicht durch locale Processe oder durch eine Nierenerkrankung hervorgerufen sind, zu der Krankheitsgruppe des Hydrops hypostrophos.

9) Wetzel (Schweinfurt): Ueber Syringomyelie. — W. giebt eine kurze Beschreibung der als Syringomyelie bekannten Krankheit und im Anschlusse hieran die Krankengeschichten dreier von ihm beobachteter Fälle.

10) Könitzer: Ein Fall von Spondylitis typhosa. (Aus dem Krankenhaus Bethanien in Stettin.) — Es handelt sich um einen Fall einer metastatischen Knochenerkrankung nach Typhus; der Fall stimmt im Wesentlichen mit dem Krankheitsbilde überein, das Quincke in den Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, IV. Band, Heft 2, als Spondylitis typhosa beschrieben hat.

11) S. Werner: Casuistische Mittheilungen aus dem Gebiete der Neurologie. — Verf. beschreibt je einen Fall von peripherer Neuritis mit gesteigerten Sehnenreflexen, sowie von schwerer Chorea, ferner drei Fälle von Hemiplegien ohne anatomischen Befund und zwei Fälle von primärer, combinirter Systemerkrankung des Rückenmarkes.

12) E. Albrecht: Neue Fragenstellungen zur Pathologie der Zelle. (Aus dem patholog. Institut in München.) — Zu einem kurzan Referat nicht geeignet.

13) A. Neisser (Breslau): Gonorrhoe und Eheconsens. — N. präcisirt nochmals seinen Standpunkt, dass wir keine Berechtigung haben, einem Manne das Heirathen zu verbieten, wenn trotz aller Versuche, eventuell versteckt sitzende Gonococcen der Untersuchung zugänglich zu machen, Gonococcen sich microscopisch und womöglich auch auf dem Wege der Cultur nicht nachweisen lassen. Im Uebrigen ist die Arbeit der Hauptsache nach eine gegen Kronmayer und besonders gegen dessen in der Münchener med. Wochenschrift 1898, No. 24, erschienenen Artikel, „Was antwortet der Arzt dem heirathswilligen Gonorrhoiker?" gerichtete Polemik.

14) Hopmann: Weiterer Beitrag zur Operation der harten Schädelbasisfibrome ohne präliminäre Operation; nebst Bemerkungen über gewisse Sprachstörungen. — Da die überwiegende Mehrzahl der Chirurgen Voreingriffe nicht unerheblicher Art als zum Gelingen der Operation harter Schädelbasisfibrome unerlässlich ansieht, so glaubt Verf. seine gegen derartige Voreingriffe sprechenden Erfahrungen nochmals hervorheben zu müssen, um so mehr, als ein neuer von ihm operirter Fall, dessen Krankengeschichte er mittheilt, den Beweis liefert, dass erstens die Spaltung des Velums als Voroperation durchaus keine Sicherheit gründlicheren Operirens, bezw. des Vermeidens von Recidiven gewäh t, und dass zweitens selbst umfangreiche Recidive harter Fibrosarcome der Basis cranii ohne Voreingriffe gründlich ausgerottet werden können, und dass so eine rasche Wiederherstellung der Kranken ermöglicht wird.

15) Merx: Ueber einen Fall von chronischer Urticaria der Schleimhaut der Halsorgane. — Nachdem bis jetzt nur wenige Mittheilungen über das Auftreten von Urticaria der Halsorgane gemacht worden sind, weiss M. über einen weiteren derartigen Fall zu berichten, der sich durch seine lange Dauer, das Auftreten der Uticaria auf Mund-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut und seine Beziehungen zum Magendarmcanal auszeichnet. Die therapeutischen Massnahmen, die alle Hülfsmittel, die gegen solche Leiden empfohlen wurden oder des Versuches werth erschienen, umfassten, waren im Ganzen von nur geringem Erfolg. Nur eines hatte bisher einen schmerzstillenden und die Eruption des Rachens schneller zurückbringenden Effect: Das Bepinseln der

ergriffenen Schleimhäute mit schwachen (3—4-proc.) Höllensteinlösungen; auch gegen die Beschwerden, die jeweils im Magen oder der Speiseröhre auftraten, wurden die verschiedensten Maassnahmen getroffen, jedoch ebenfalls ohne Erfolg. Zuletzt verordnete M., ausser hydrotherapeutischen Maassnahmen, Bromkali; dies hatte offenbar Erfolg; zwar kamen noch einige Nachschübe, doch ist seit Abschluss der Arbeit Pat. seit über 3 Monaten ohne Insult geblieben. Betreffs der Entstehungsursachen nimmt es M. als sicher an, dass weder specifische Medicamente die Affection hervorriefen oder hervorrufen konnten, noch Ingesta oder krankhafte Zustände, wie Magendarmcatarrh, Rheuma, Zahnkrankheiten etc. oder klimatische Einflüsse aetiologisch in Betracht kamen. Nur eines blieb übrig: die Neurasthenie, die die Ursache dieser vasomotorischen Neurose mit ihren Folgen der gesteigerten Transsudations- oder genauer Secretionsthätigkeit der Gefässwände war. Daraus lässt sich auch der chronische Verlauf erklären.

16) H. Burger (Baden-Baden): Ein Ersatz des Corsettes. — Bei den Patientinnen, welche genöthigt sind, eine Leibbinde zu tragen, hört man öfters die Klage, dass das gewöhnliche Crosett sich nicht gleichzeitig mit der Binde tragen lasse, weil die Binde nicht Raum genug für das Corsett lasse oder der Leib bei Anwendung beider eine gewisse Unform zur Schau trage. B. beschreibt daher einen „Oberleibshalter", der voll und ganz den von ihm geforderten Zweck, ohne auf der anderen Seite die Nachtheile des gewöhnlichen Corsetts zu besitzen, erfüllen soll. Er ermöglicht die freie Ausdehnung und Beweglichkeit des Brustkorbes, giebt gleichzeitig dem Oberkörper einen sicheren und festen Halt im Rücken und übt keinerlei Druck auf den Leib oder einen schädigenden Einfluss auf dessen Organe aus. Der Oberleibshalter kann ferner ohne jegliche Beschwerden oder Unbequemlichkeit mit jeder Leibbinde zugleich getragen werden.

Centralblatt für innere Medicin, 1899. No. 33 mit 36.

1) F. Winkler und C. Stein: Die Verwendung des Jodipins zur Funktionsbestimmung des Magens. (Aus der Abth. für innere Krankheiten in der allgem. Poliklinik in Wien.) — Die Verf. benutzten nach dem Vorgange von Winternitz und Freese das Jodipin, ein Präparat, das durch Bindung von Jod an Sesamöl erhalten wird, in diagnostischer Hinsicht zur Bestimmung der Magenmotilität. Sie suchten jedoch nicht das Jod im Urin, sondern im Speichel auf und bedienten sich dazu der bequemen, von Bourget angegebenen Methode, den Speichel von Zeit zu Zeit auf Stärkekleisterpapier, welches mit Ammoniumpersulfat getränkt ist, aufzufangen. Die Versuche, über die die Verf. berichten, beziehen sich auf 46 Fälle. Es ist aus ihnen zu ersehen, dass der Eintritt der Jodreaction im Speichel bei normaler Magenthätigkeit frühestens nach einer Viertel Stunde und spätestens nach drei Viertel Stunde eintritt. Die Verzögerung des Eintritts der Jodreaction über eine Stunde hinaus spricht für eine Störung der Magenfunction; sie wurde gefunden bei Gastroptose und bei ausgesprochener Magendilatation; in einem Falle von Magencarcinom mit bedeutender Magenectasie trat die Reaction erst nach 4 Stunden ein.

2) F. Jessen (Hamburg): Zur Therapie und Aetiologie der Halslymphome. — Schon früher hat J. darauf hingewiesen, dass viele Fälle sogenannter Scrophulose ihren Ausgang nur von entzündlichen Veränderungen der Rachentonsille nehmen und dass diese scrophulöse Erscheinungen mit der Entfernung der Tonsille sofort verschwinden, nachdem sie vorher oft jahrelang vergeblich mit den verschiedenen Methoden der antiscrophulösen Therapie behandelt wurden. Aus einer Reihe von kurzen Krankengeschichten, die Verf. mittheilt, geht mit Sicherheit hervor, dass auch die sogen. Halslymphome der Kinder fast immer ihren Ausgang von der Rachentonsille nehmen. In zweiter Linie kommen die Gaumentonsillen und weiterhin cariöse Zähne als Eingangspforten der die Schwellung, und wenn es sich um Tuberculose handelt, die Verkäsung der Halslymphdrüsen bewirkenden Microben in Betracht. So gut wie an anderen Körperstellen die „regionären" Drüsen nach Entfernung des primären Krankheitsherdes abschwellen, so gut ist dies auch hier der Fall. Es ist daher in jedem Falle von Halsdrüsenschwellungen bei Kindern auf das Vorhandensein von adenoiden Wucherungen zu fahnden, und es sind letztere, falls sie vorhanden sind, schleunigst zu entfernen.

Centralblatt für Chirurgie. 1899. No. 33 mit 36.

1) A. Bier (Greifswald): Nachtrag zu meiner Abhandlung: Operationstechnik für tragfähige Amputationsstümpfe. — Bei seiner früher (Centralblatt für Chirurgie 1897, No. 31) beschriebenen Operationstechnik für tragbare Amputationsstümpfe war die zweimalige Amputation lästig, die B. ausführte, um bei der Aussägung des Knochenlappens nicht im Gebrauche der Säge gehindert zu sein. B. hat desshalb die schon früher von ihm empfohlene Helferich'sche Bogensäge für seine Zwecke so verändert, dass das Aussägen des Knochenlappens ohne vorherige Amputation und auch ohne sonstige Maassnahmen mit Leichtigkeit auszuführen ist. Nähere Beschreibung der Modification ist in der Originalarbeit nachzulesen.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899. No. 33 mit 36.

1) O. Beuttner (Genf): I. Ein Fall von inficirtem Abortus, geheilt vermittels der Atmokausis. II. Ein Fall von puerperaler Streptokokkeninfection, geheilt mit Marmorek'schem Serum, nebst einigen Bemerkungen zur Puerperalfieberdiscussion der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Berlin. — I. Der Fall betrifft eine 24jährige Frau, die im 3. Monat abortirte und durch eine Hebamme, die die Placenta manuell entfernte, inficirt wurde. Da intrauterine Sublimatspülung (1:2000), Ausschabung und nochmalige tüchtige Sublimatdurchspülung des Uterus mit nachfolgender intrauteriner Heisswasserspülung und Xeroformgazedrainage ohne Erfolg blieb, nahm B. die Atmokausis vor. Der Dampf von 100° wirkte während 30 Secunden ein. Das Fieber fiel nach der Atmokausis allerdings nicht sogleich, sondern ging erst am 3. Tage zur Norm zurück, um am selben Tage nochmals auf 38,6 anzusteigen. Dann Heilung. II. Es handelte sich um eine 22jährige Ipara. Dieselbe bekam am 2. Tage nach der Entbindung hohe Temperaturen,

als deren Ursache Tags darauf im Scheideneingange ein dreieckiges Puerperalgeschwür gefunden wurde. Trotz Betupfung desselben mit Jodtinctur und Aufstreuens von Xeroform dauert das Fieber an und es stellen sich auch sonst bedenkliche Symptome ein. Daraufhin injicirt B. 15 ccm des Marmorek'schen Antistreptococcenserums. Schon am nächsten Tage war das Fieber geschwunden und es erfolgte ungestörte Heilung, so dass B. sich veranlasst sieht zu sagen, er könne sich nicht entsinnen, je in seiner medicinischen Laufbahn eine solche frappante Heilung gesehen zu haben. Zum Schlusse weist Verf. dann noch auf eine Arbeit von Konrad Brunner hin (Erfahrungen und Studien über Wundinfection und Wundbehandlung), die nach seiner Meinung nicht genügend beachtet worden ist.

2) D. Stapler (S. Paulo, Brasilien): Zur Vaporisationsfrage. — Verf. giebt seine Erfahrungen mit der Vaporisation nach Pincus bekannt und schildert einige auf diese Weise behandelte Fälle. Er ist mit den Erfolgen sehr zufrieden und fasst sein Urtheil über das Verfahren in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die Vaporisation kann eine Abrasio mucosae besonders da ersetzen, wo die Kranken ihrer Arbeit nachzugehen gezwungen sind. Dabei ist die Narcose unbedingt zu verwerfen. 2. Der Atmokauter soll bei keinem Arzte fehlen, da man durch denselben ohne weitere Hülfsmittel und Assistenz selbst heftige Uterusblutungen stillen kann. 3. Die Atmokausis kann zur relativ raschen Heilung von Erosionen an der Portio und Fisteln aller Art benutzt werden. 4. Der Dampf kann auch zur Behandlung der Hämorrhoiden versucht werden.

3) L. Pincus (Danzig): Bemerkungen zu dem vorstehenden Aufsatz.

4) L. Pincus (Danzig): Ueber Neuerungen in der Technik der Atmokausis und einige bemerkenswerthe Ergebnisse. — Eine Verbesserung ist zunächst die Anbringung eines Cervixschutzes aus Celluvert in Form einer zusammenhängenden Röhre, welche in beliebiger Ausdehnung zur Verhinderung des Contacts angefertigt werden kann; eventuell wird der ganze Cathetermantel mit Celluvert umgeben. Ferner ist eine Vorrichtung getroffen, welche es ohne Weiteres gestattet, dass ein gebogenes, beliebig gestaltets Catheterrohr parallel zu einem gleichfalls gebogenen Dampfzuleitungsrohr geführt werden kann. Das Ableitungsrohr ist ein für alle Male unabhängig vom Ansatz angebracht. Nur für starke Blutung empfiehlt sich ein Ansatz mit besonderem Ableitungsrohr. Durch Anbringen eines Hahnes mit doppelter Bohrung wird das Abklemmen des Schlauchs unnöthig, mithin die Gefahr des Platzens beseitigt. Von den Ergebnissen der Methode erscheinen folgende gesichert: 1. Die Atmokausis ist ein Specificum gegen uterine Blutungen, speciell Climax, Myom; ein vorzügliches palliatives Mittel bei inoperablem Corpuscarcinom. 2. Sowohl die Atmokausis als auch die Zestokausis führen bei allen Formen der Endometritis gute Resultate herbei. Die Zestokausis soll nur bei engem, glattwandigem Cavum und zur isolirten Behandlung der Cervixschleimhaut gebraucht werden. 3. Bei beiden Verfahren ist eine graduelle Abstufung der Einwirkung von oberflächlicher Aetzung bis zur völligen Zerstörung der Schleimhaut (Obliteration des Uteruscavums), durchaus möglich. Zur Obliteration soll nur

die Atmokausis verwerthet werden. 4. Es ist auf alle Fälle besser, weil sicherer, eine Obliteration immer erst nach vorhergegangener Blutstillung anzustreben.

5) W. Pit'ha: Einige Bemerkungen zur Vaporisationsfrage. (Aus der böhm. Frauenklinik des Prof. Dr. K. Pawlik.) — P. ist auf Grund der zweijährigen Erfahrungen mit der Vaporisation in der Pawlik'schen Klinik ein Gegner des Verfahrens geworden, nachdem er dasselbe früher empfohlen hatte. Die Gründe, die er gegen die Vaporisation anführt, sind folgende: 1. Die Verbrennung bei der Vaporisation ist in der Gebärmutterhöhle nicht gleichmässig und mit chemischen Mitteln sind bessere Resultate zu erzielen. 2. Eine zielbewusste Dosirung des Mittels und gleichmässige Verbrühung der gewünschten Partien ist mit den bis jetzt bekannten Instrumenten kaum anzuführen. 3. Bei diesem Verfahren kommt es immer zu schrumpfenden Narben, die nicht ohne Nachtheil für die Pat. bleiben können. 4. Bei Uterusblutungen wird dieses energische und gefahrvolle Mittel nur in verzweifelten Fällen am Platze sein, weil wir gewöhnlich mit milderen Mitteln auskommen. Aber auch für verzweifelte Fälle haben wir noch andere gleichwerthige oder gar bessere chirurgische Mittel zur Hand. 5. Die Nachtheile der Vaporisation sind für die Kranke unverhältnissmässig gross, als dass sie durch die Vortheile der Vaporisation paralysirt werden könnten.

6) L. Pincus (Danzig): Nochmals die Zangen mit abnehmbaren Griffen. — P. theilt mit, dass diese Zangen schon vor ihm von Sänger im Jahre 1884 beschrieben wurden.

7) P. Bade: Kurze Beschreibung von zehn röntgographisch untersuchten Föten. (Aus dem Röntgenkabinet der kgl. Universitätsklinik zu Bonn.) — Das Alter der beschriebenen Ften fällt zwischen die 10. bis 18. Woche. Näheres ist in der Originalarbeit nachzusehen.

8) E. Peiser: Ein weiterer Beitrag zur Anatomie des menschlichen Fötalherzens. — Der Fall reiht sich an die Veröffentlichung von Neugebauer im vorigen Jahre an. Es handelte sich um einen 6monatlichen, an sich nicht lebensfähigen Fötus, bei dem, da keine Lebenszeichen mehr wahrnehmbar waren, Brusthöhle und Herzbeutel eröffnet wurden. Das Herz schlug noch in situ; zuerst contrahirten sich die Vorhöfe, dann die Kammern, und zwar die rechte kaum merklich vor der linken. Um zu sehen, ob die Herzautomatie noch fortbesteht nach Isolirung des Herzens, wurde nach 20 Minuten das Herz von den grossen Gefässen losgelöst. Das isolirte Herz, in lauwarme Kochsalzlösung gelegt, schlug nun in gleicher Weise weiter. Allmählich wurden die Contractionen schwächer. Nach weiteren 15 Minuten wurde die Herzspitze abgetrennt. Der Stumpf contrahirte sich nicht mehr, ebensowenig die abgetrennte Spitze, dagegen zog sich ersterer auf Berührung zusammen. Allmählich reagirte das Herz auch auf Berührung nicht mehr. Nach sistirender Athmung hatte das Herz noch 50 Minuten geschlagen; 15 Minuten dauerten die Contractionen des herausgeschnittenen Herzens noch an, weitere 3 Minuten noch auf Berührung, nachdem die spontanen Zusammenziehungen aufgehört hatten.

9) F. Neugebauer (Warschau): Eine Uteruscyste seltener Art, entfernt auf dem Wege des Bauchschnitts mit Uterusamputation. — Es betraf eine Cyste, die sich microscopisch als eine totale cystische Schmelzung eines Uterusmyoms erwies; es handelte sich um ein Leiomyon (Myoma laevicellulare). N. stellt nun die Frage, ob dieses Myoma cysticum genetisch mit Persistenz von Urnierenresten in Zusammenhang zu bringen ist oder nicht.

10) M. Schmid: Ein Fall von strangförmiger Vaginalatresie mit Hämatokolpos und Hämatometra. (Aus Prof. Dr. Torggler's gynäkol. Abtheilung in Klagenfurt.) — Der Fall kam bei einem 16jährigen Mädchen zur Beobachtung und wurde durch Operation geheilt. Sch. ist der Ansicht, dass es sich in diesem Falle sicher um eine erworbene Atresie handelt. Dafür spricht einmal die Anamnese, dann auch der objective Befund, der narbig aussehende Verschluss der Vagina und die als Narbenstrang imponirende atretische Vaginalpartie.

11) Surdi (Palermo): Noch einmal zur Symphyseotomie in den deutschen Kliniken.

12) G. Leopold: Bemerkung. — Es handelt sich um eine Erwiederung Surdi's auf den Artikel Leopold's in No. 25 des Centralblattes (ref. in No. 8 ds. Monatsshrift, pg. 394) und um eine Bemerkung L.'s zu dieser Erwiederung.

12) Maiss: Heilung einer Blasen-Scheidenfistel durch die Sectio alta. (Aus der kgl. Frauenklinik in Dresden.) — Es handelte sich um eine 60jährige Frau, die seit 15 Jahren ununterbrochen einen ihr von einer Hebamme eingelegten Mayer'schen Ring trug und dadurch eine Blasen-Scheidenfistel acquirirte. Da der Versuch, die Fistel von der Scheide aus zu verschliessen, misslang, machte Leopold die Sectio alta. Der rechte Ureter konnte leicht aufgefunden werden, während der linke im Narbengewebe versteckt lag. Es handelte sich dann darum, den linken Ureter auf einem möglichst einfachen Wege in die Blasenhöhle zurückzulagern. Dies geschah durch Trennung der linksseitigen Blasenwand bis zur Fistel hin, wodurch die narbigen Ränder für das Messer bequem zugängig wurden und unterminirt werden konnten. Durch diese Lüftung wurde die Uretermündung nach innen geführt. Die angefrischten Fistelränder wurden dann durch feine Seidennähte vereinigt. Der Erfolg war ein recht befriedigender. Die Fistel blieb dauernd verschlossen, die Bauchnarbe zeigte sich fest, ein faustgrosser Bauchbruch stellte sich erst später ein und war grösstentheils durch das unzweckmässige Verhalten der Frau selbst verursacht, weil dieselbe trotz genauester Instruction nie eine Leibbinde getragen hat.

13) M. Oker-Blom (Wilmanstrand, Finnland): Uterus duplex separatus. — Der Fall betraf eine 34jährige Frau, die 8 Mal schwanger gewesen war, 5 lebende Kinder geboren und 5 Mal abortirt hatte. Die bimanuelle Untersuchung ergab, dass die Frau zwei von einander getrennte Uteri besass. Die rechte Gebärmutter hat eine annähernd gewöhnliche Grösse und Birnenform. Cervix uteri wie auch Tube und Ovarium rechterseits scheinen regelmässig zu sein. Eine besondere Portio uteri ist nicht zu finden; auch entbehrt der rechte Uterus einer linken Tube mit ihren Adnexen. Die Sonde dringt von der rechten

Oeffnung 7,5 cm in den rechten Uterus hinein. Der linke Uterus ist kleiner. Sein Corpus verliert sich in die linke Tube, mit welcher zusammenhängend sich das linke Ovarium befindet. Dem linken Uterus fehlt die rechte Tube nebst Ovarium vollständig; auch hier fehlt eine Portio. Die Sonde dringt in den linken Uterus 5 cm weit hinein. Diese beiden Uteri sind mit einander durch eine ca. 1 cm breite Vaginalwandbrücke verbunden. Von den 8 Graviditäten waren 3 linksseitig, die alle fehlschlugen; dagegen 5 Schwangerschaften rechtsseitig, von denen 3 Kinder lebend geboren wurden.

14) Lorenz (Tostedt): Schwangerschaft bei Uterus didelphis und Vagina duplex. — 28jährige Frau mit doppelter Vagina, doppelter Portio und doppeltem Corpus uteri. Zu beiden Seiten konnte je ein normales Ovarium gefühlt werden. Die bisher kinderlose Frau wurde nach Behandlung einer gleichzeitig bestehenden hochgradigen Chlorose und nach Dilatation der Uteri schwanger. Die Schwangerschaft hatte ihren Sitz im linken Uterus. Die Entbindung verlief normal, ebenso war die Rückbildung des Uterus eine normale. Etwa 8 Wochen nach der Entbindung trat jedoch trotz des Stillens von Seiten der Frau eine Blutung aus den Genitalien ein und zwar aus dem nulliparen Uterus, die wohl als Menstruation aufgefasst werden muss.

15) J. Kakabin (Moskau): Zur Frage über die Implantation der Ureteren. — K. hat die Versuche Morestin's, Mandl's und Ott's einer Nachprüfung an Hunden unterzogen und konnte die von den genannten Autoren erhaltenen Resultate bestätigen.

16) H. A. v. Guérard (Düsseldorf): Totalexstirpation des Uterus, indicirt durch Beschwerden in Folge von Atmokausis. — Es handelte sich um eine 31jährige, kräftige Frau, welche seit ihrem 3. Partus vor 4 Jahren leidend ist. Im Jahre 1897 wurde an ihr die Ventrifixur ausgeführt. Genesung. Im Januar 1898 Partus praematurus mensium V. Im Wochenbett und auch in der Folgezeit machten sich langdauernde, stark schwächende Blutungen besonders unangenehm bemerkbar. Im April d. J. wurde dann unter Narcose die Atmokausis vorgenommen. Pat. war darauf noch 5—6 Wochen bettlägerig. Die Folgen des Eingriffes waren die, dass die Regel nie mehr erschien, sich jedoch anhaltende Rückenschmerzen einstellten, zu welchen sich in der Zeit, wo Pat. sonst menstruirte, die unerträglichsten Unterleibsschmerzen gesellten. Da Pat. dringend um Abhülfe ihres Leidens bat, sei es auch durch eine noch so schwere Operation, machte v. G. die Totalexstirpation. Bei der Aufschneidung des Uterus zeigte sich, dass derselbe von einem Punkt ab, der unterhalb des Os internum gelegen ist, völlig obliterirt war. Eine Obliteration des Uteruscavums war also erfolgt, eine Rückbildung, eine Involution des Uterus selbst aber nicht, und hierin schien der Grund des Misserfolges zu liegen. Daher scheint es feststehend zu sein, dass eine sehr intensive, die Obliteration des Cavums bedingende Brühung des Uterus bei Frauen, welche noch fern der Climax mitten im Geschlechtsleben stehen, im Allgemeinen absolut zu vermeiden ist.

17) E. Weber: Zehn Fälle von Sectio caesarea mit sagittalem Fundalschnitt. (Aus der geburtshülflich-gynäcologischen Klinik in Bern.) — In der letzten Zeit wurde in den meisten Fällen von Sectio

caesarea der Schnitt am Uterus in querer Richtung nach Fritsch angelegt. Dass man auch mit dem Fundalschnitt in der Richtung von hinten nach vorn günstige Resultate erreicht, dafür giebt W. die Krankengeschichten von 10 in den letzten 6 Jahren in der Berner Klinik zur Operation gekommenen Fälle bekannt. Von diesen 10 Fällen starb einer, also Mortalität von 10 Procent. Die Blutung ex utero war, ein Fall ausgenommen, immer leicht zu bekämpfen; die Blutstillung am Uterus durch die Naht immer eine vollständige, das Endometrium ist stets breit in die Naht gefasst worden. In 4 Fällen trat nach der Operation Temperatursteigerung auf. Von den 10 Kindern waren nach der Extraction 3 stark, 2 leicht und 5 gar nicht asphyctisch. 2 Kinder sind kurze Zeit nach der Operation gestorben; das eine war frühzeitig (8. Monat), das andere stark asphyctisch und konnte sich von seiner Asphyxie nicht mehr erholen.

18) A. Dührssen (Berlin): Die Vermeidung von Geburtsstörungen nach Vaginofixation. — Der Artikel besteht der Hauptsache nach aus polemischen Bemerkungen gegen Dietrich, Gottschalk und Mackenrodt und ist zu einem Referate nicht geeignet.

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 26. Mai 1899.

Vorsitzender: Dr. Klotz.

Vor Beginn der Sitzung bittet Dr. Rose zu dem ihn betreffenden Theil der Discussion vom 25. November 1898 eine Berichtigung machen zu dürfen dahinlautend, dass durch die Applicirung der Kohlensäure im Rectum nicht Abortus erfolgt. Der Secretär der Gesellschaft, Dr. Ripperger, wendet ein, dass Dr. Rose mit seiner Berichtigung zu spät komme, dass das Protocoll der Novembersitzung im December vor der Versammlung, darunter Dr. Rose selbst anwesend, verlesen und genehmigt und dann später unverändert in der New Yorkeer Medicinischen Monatsschrift publicirt worden sei. Auf Antrag des Herrn Vorsitzenden wird dann gestattet, ausnahmsweise die Berichtigung des Dr. Rose noch nachträglich dem Protocoll einzuverleiben.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1) Dr. Freudenthal: Pat. ist 34 Jahre alt, Cigarrenmacher. Er will als kleiner Junge bemerkt haben, dass ihm die rechte Seite geschwollen war, und dass diese Schwellung nach etwa 8 Tagen wieder verschwand. Er hatte keine Beschwerden bis vor 1½ Jahren, zu welcher Zeit er vorne unterhalb der Zunge eine Geschwulst bemerkte. Dieselbe

wurde von seinem Hausarzte als Ranula angesehen und incidirt. Es entleerte sich Blut, aber kein Eiter. Pat. fühlte sich erleichtert und beobachtete, dass zwei Tage später zwei kleine Steinchen abgingen. Er hat aber seitdem alle möglichen Beschwerden und Schmerzen; während des Essens schwillt die betroffene Partie an, um nach dem Essen wieder kleiner zu werden. Mit dem Finger kann man sehr deutlich eine feste Geschwulst fühlen. Wir haben es mit einem Speichelstein zu thun, der seinen Sitz in der Drüse selbst hat. Es gelang mir nicht, den Ductus zu sondiren. Ich werde den Pat. in einigen Tagen operiren.

Discussion. Dr. Klotz: Ich möchte Dr. Freudenthal darauf aufmerksam machen, dass es sich vielleicht verlohnen würde, ehe er versucht, den Stein auf operativem Wege zu entfernen, Pilocarpin anzuwenden.

2) Dr. Heiman: Dieses Kind ist 11 Monate alt, stammt von gesunden Eltern, wurde an der Brust genährt und war bis zum 3. Lebensmonate vollkommen gesund. Dann erkrankte es an Darmcatarrh und Bronchitis. Seit dieser Zeit bemerkte die Mutter Schleim in den Stühlen und giebt ferner an, dass das Kind an Gewicht abgenommen habe und unruhig geworden sei. Alle diese Störungen wurden jedoch dem Zahnen zugeschrieben. Die ersten Zähne brachen im 6. Monate durch und seitdem keine weiteren. Als das Kind vor 3 Wochen zu mir gebracht wurde, hatte es eine Temperatur von 101°. Ausser Anämie war sonst absolut nichts Krankhaftes nachzuweisen. Dagegen war der Urin trübe, reagirte sauer und enthielt eine Spur von Eiweiss und Albumose. Bei der microscopischen Untersuchung fanden sich massenhafte Eiterzellen, geschwänzte und runde Epithelien aus dem Nierenbecken, vereinzelte Cylinder und zahlreiche Bacterien, vorzüglich Stäbchen. Ich will noch bemerken, dass der Urin nach gründlicher Blasenausspülung durch Liegenlassen des Catheters gewonnen wurde. Das Culturverfahren ergab Colonien von meistens Bacillen, die sich nach Gram entfärbten, Gelatine nicht verflüssigten, also wahrscheinlich Colonbacillen. Gonococcen waren nicht vorhanden. Nach diesem Befunde handelt es sich um eine chronische eiterige Pyelitis. Die Fälle von Pyelitis bei kleinen Kindern sind nicht so häufig, so dass dieser Fall meiner Meinung nach das Interesse des Practikers verdient.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Häufig sind diese Fälle nicht, aber auch nicht so sehr ungewöhnlich. Ich sehe im Laufe des Jahres durchschnittlich 1—2 derartige Fälle. Dieselben scheinen mit sehr wenigen Ausnahmen gut zu verlaufen. Die Behandlung in meinem letzten Falle bestand medicinisch mit Gallussäure. Dieselbe wird in grossen Gaben sehr gut vertragen. Das 8 Monate alte Kind hat täglich bis zu 75 ctg. bekommen. Ein Erwachsener verträgt ganz gut 6—8 pro die. Das Kind ist dadurch besser geworden. Man kann sich wundern, dass Pyelonephritis bei kleinen Kindern nicht häufiger ist, als man erwarten sollte. Denn die Gegenwart von Harnsäureinfarcten bei Neugeborenen und die Häufigkeit, mit der Steine bei ganz kleinen Kindern sich finden, sollten das öftere Vorkommen von Pyelonephritis bei Kindern vermuthen lassen. — Dr. Heiman: Das Kind wurde mit Urotropin behandelt. — Dr. Leonhard Weber: Ich möchte den Vortragenden fragen, auf

welche Weise man sich die Infection vorstellt. — Dr. Heiman: Ich glaube gesagt zu haben, dass bei den angelegten Culturen meistens Bacillen und nur sehr wenige Coccen gefunden wurden. In den Fällen von Baginsky wurde meistens der Colonbacillus dafür verantwortlich gemacht. — Dr. Leonhard Weber: Ich fand bei einem sehr alten Manne mit Pyelonephritis, dass das Urotropin in der Fähigkeit, den ammoniakalischen Urin sauer zu machen und sauer zu erhalten, alle übrigen Mittel übertraf.

3) Dr. Einhorn: Pat. leidet seit 8—9 Monaten an ab und zu auftretendem Erbrechen, an Schmerzen in der Oberbauchgegend und an stetigem Gewichtsverlust. Pat. war von seinem früheren Arzte lange Zeit mit Magenspülungen behandelt und unter strenger Diät gehalten worden. Allein sein Zustand besserte sich nicht, und sein Arzt kam schliesslich zu der Meinung, dass es sich um Carcinom handele. Pat. giebt an, dass er niemals das Gefühl der Sättigung habe. Ferner habe ich aus seinen Angaben entnommen, dass das Erbrechen nicht in grossen Massen bestand, sondern öfters auftrat und in kleinen Mengen. Sein Magen war erweitert, allein ich fand auch, dass der Magen in nüchternem Zustande leer war. Diese Angaben weisen darauf hin, dass keine organische Strictur vorliegen kann, wenigstens nicht erheblichen Grades, und ich erlaubte ihm dann, gehörig zu essen und verordnete ihm 5 Mahlzeiten im Tag. Salzsäure war im Ueberschuss vorhanden. Pat. besserte sich stetig und hat in 4 Wochen 20 Pfund zugenommen. — Dr. Einhorn demonstrirt dann noch an dem Patienten einen neuen Apparat zur Vornahme der Magendouche.

Discussion. Dr. Klotz: Dr. Einhorn hat uns eigentlich keine Diagnose des Falles gegeben. — Dr. Einhorn: Ich glaube, dass es sich um Hyperchlorhydrie mit nervösen Erscheinungen handelt, und nehme an, dass höchst wahrscheinlich die zu strenge Diät den Pat. zu sehr herunter gebracht hat.

4) Dr. Willy Meyer: Ich habe diesen Pat. hierher gebracht, um eine Operationsmethode an ihm zu erklären, die in vielen Fällen ziemlich wichtig ist. Pat. ist 34 Jahre alt, und es wurde ihm im März vorigen Jahres der linke Testikel wegen Tuberculose exstirpirt. Im Januar dieses Jahres zeigten sich dieselben Symptome auf der rechten Seite. Pat. wurde am 8. April in das Deutsche Hospital aufgenommen. Pat. ist verheirathet. Ich beschloss, die Epididymis zu exstirpiren und den Testikel zu erhalten, trotzdem starke Abscedirungen vorhanden waren. Es gelang ohne besondere Schwierigkeiten, die ganze Epididymis mitsammt dem Vas deferens von dem Testikel loszulösen und zu isoliren. Nun war die Frage: Können wir den Testikel zurücklassen oder nicht? Es lässt sich nun unter einfacher Digitalcompression der Testikel in zwei Hälfte spalten und nachsehen, ob sich tuberculöse Niederlagen vorfinden. Ich machte diesen Sectionsschnitt, fand den Testikel vollkommen gesund, vernähte den Schnitt wieder und exstirpirte nur die ganze Epididymis mit dem Vas deferens. Der Testikel wurde wieder reponirt und die Wunde durch Naht geschlossen. Die Operation war vollkommen gelungen. Natürlich muss zugegeben werden, dass im Verlaufe der nächsten Jahre vielleicht sich doch zeigen wird, dass vielleicht kleinste

microscopische Herde im Testikel vorhanden gewesen waren, und letzterer dann nachträglich doch noch exstirpirt werden muss.

5) Dr. Willy Meyer: Vor drei Jahren hatte ich die Ehre, Ihnen den Pat. hier vorzustellen, nachdem ich eine Magenfistel nach der Kader'schen Methode bei ihm angelegt hatte. Man konnte damals sehr gut an ihm sehen, dass das Anlegen der Fistel vollkommen gelungen war. Pat. ist 43 Jahre alt; seine ersten Beschwerden traten kurz vor Weihnachten auf, und er wurde am 15. April operirt. Pat. füttert sich mit einer grossen Spritze. Er hat seitdem an Gewicht erheblich zugenommen. Die Haut um die Wunde ist vollkommen gesund, von einem Eczem ist keine Rede. Die Fistel schliesst, soweit sie überhaupt schliessen kann und muss.

Discussion. Dr. Rose: Ich möchte fragen, ob man darauf geachtet und festgestellt hat, wieviel häufiger Pneumonien bei Magenoperationen vorgekommen sind, bei denen Aether gegenüber Chloroform in Anwendung gekommen ist. — Dr. Willy Meyer: Ich glaube, dass dies ziemlich gleichgültig ist. Die Hauptsache ist die Narcose an und für sich; diese kommt mehr in Betracht als das Narcoticum. Aus diesem Grunde wird ja heutzutage vielfach die Gastrostomie unter Cocain ausgeführt.

6) Dr. Hirsch: Diesen Pat., der 51 Jahre alt ist, habe ich seit 2 Jahren unter Beobachtung. Als er zuerst zu mir kam, klagte er nur über eine leichte Schwäche in den oberen Extremitäten. Er war noch bis vor einem Jahre arbeitsfähig. Seit dieser Zeit hat die Schwäche allmählig zugenommen und die Untersuchung ergab eine leichte Atrophie der Muskeln des Schultergürtels, die aber noch sehr unbedeutend war. Daneben bot Pat. keinerlei Symptome. Er hatte keine subjectiven sensiblen Störungen, keine Schmerzen, und er bot vollkommen das Bild der progressiven Muskelatrophie. Was mich schon vor zwei Jahren zögern machte, diese Diagnose zu stellen, war eine ganz geringe objective Sensibilitätsstörung, die auf einen schmalen Gürtel beschränkt war, der nicht einem bestimmten Nervenplexus entsprach. Es bestanden ferner damals schon sehr gesteigerte Patellarreflexe. Ich stellte damals die Diagnose auf Tumor spinalis, immerhin mit einem Fragezeichen. Der weitere Verlauf war folgender: Die Atrophie schritt ziemlich schnell fort, ist jetzt ziemlich hochgradig. Die Sensibilitätsstörungen sind nach anderer Richtung hin characteristisch fortgeschritten. Es besteht jetzt vollständige Analgesie der rechten Körperhälfte. Während die tactile Empfindlichkeit normal ist, ist die Schmerzempfindlichkeit auf der rechten Seite vollkommen erloschen. Die Grenzlinie entspricht beinahe der Medianlinie. Ausserdem besteht dasselbe Verhältniss in den beiden Gebieten des Trigeminus, nur in gekreuzter Weise. Hier ist die linke Trigeminusseite analgetisch. Es besteht ausserdem in den Gebieten der Analgesie eine Thermanaesthesie. Seitens der Gehirnnerven ist nichts Abnormes zu beobachten. Die Zunge wird vollkommen gerade hervorgestreckt, die Augenmuskeln verhalten sich normal. Die Patellarreflexe sind beiderseits gesteigert, links mehr wie rechts. Fussklonus besteht nicht. Das heutige Bild ist eigentlich typisch das einer Syringomyelie. Was den Fall besonders interessant macht, ist der characteristische Verlauf.

Die von Schultze gegebenè Theorie der Gliosis passt vielleicht auf diesen Fall. Dass es sich hier nicht gut um eine einfache Gliose handelt, sondern dass bereits eine Röhrenbildung stattgefunden hat, lässt sich natürlich mit Sicherheit nicht nachweisen, allein es spricht dafür das Verhalten des Trigeminus. Würde es sich hier um eine einfache Gliosis heute noch handeln und nicht um eine Röhrenbildung, würde es nicht recht ersichtlich sein, wie eine Gliose vom Rückenmark von den unteren Cervicalsegmenten aus sich in die Höhe ziehen konnte in die spinalen Wurzeln, ohne dabei die in nächster Nähe liegenden motorischen Hirnnerven zu verletzen.

Discussion. Dr. Leonhard Weber: Ich hatte das Glück, in den letzten 5—6 Jahren in Wildbad in Württemberg eine Anzahl von Präparaten zu sehen und im letzten Jahre eine Anzahl interessanter Krankengeschichten im Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg. Wenn ich diesen Fall betrachte, so glaube ich, dass kein Zweifel darüber bestehen kann, dass es sich um eine Höhlenbildung des Rückenmarkes handeln muss. Es sind nur Ausfallserscheinungen vorhanden und nichts, was auf einen sehr heftigen Druck eines Tumors hindeutet. Ich schliesse mich daher der Diagnose des Dr. Hirsch vollkommen an.

7) Dr. Guttmann:

FALL VON LAGOPHTHALMUS.

Ein Junge, 14 Jahre alt, fiel in seinem zweiten Lebensjahre und verletzte sein oberes linkes Lid. Die hernach entstandene Narbe coertirte das obere Lid vollständig, so dass ein Lagophthalmus entstand. Die Conjunction des oberen Lides lag frei zu Tage und sah ganz verdickt und trocken aus. Der Knabe konnte sein Auge nicht schliessen und die Cornea wurde exulcerirt. Ich habe vor 6 Wochen eine plastische Operation bei dem Knaben ausgeführt, indem ich die Narbe im oberen Lide trennte und darauf einen Hautlappen einschaltete, den ich von der Stirnhaut ausschnitt und der die Länge und Breite des oberen Lides hatte. Wie Sie jetzt sehen können, ist der Lappen vollkommen gut eingeheilt, der Knabe hat wieder ein brauchbares oberes Lid und er kann jetzt sein Auge vollkommen schliessen. Die Ulcera corneae sind ausgeheilt.

8) Dr. Mannheimer: Patient ist 52 Jahre alt, Schneider, erst 3 Monate im Lande und erst seit Kurzem unter Beobachtung. Krank ist er seit 8 Jahren, konnte aber noch bis vor 1½ Jahren arbeiten. Die Symptome bestanden und bestehen auch heute noch, wenn auch in verringertem Maasse, in Husten mit Auswurf, Schmerzen in der linken Seite der Brust, Kurzathmigkeit bei Anstrengungen und zunehmender Schwäche. Ausserdem litt Patient früher an wiederholtem und manchmal heftigem Blutspeien; dasselbe zeigte sich seit ca. 1 Jahr nicht mehr. Ebenso sind die Schweisse und zeitweilige Fieberanfälle, die früher bestanden haben sollen, verschwunden. Geringe Gewichtsabnahme. Status: Blasser, müde und krank aussehender Mann mit sehr wenig Fett und schlaffen, abgemagerten Muskeln; keine Dyspnoe, keine Oedeme. Die Untersuchung der Brust ergiebt: Die linke Seite bleibt bei der Athmung, spec. im oberen vorderen Theile, zurück; gleichzeitig ziehen sich der 2. und 3. Intercostalraum etwas ein. Die 2. und 3. Rippe sind

etwas verdickt, verbreitert und auf Druck empfindlich. Die Percussion ergiebt absolute Dämpfung über der ganzen linken Lunge mit Ausnahme des halbmondförmigen Raumes und eines ca. kindeshandgrossen Bezirkes nach links vom linken Sternalrand im 1. und 2. Intercostalraum, woselbst noch heller, allerdings etwas gedämpfter Lungenschall und verschärftes Vesiculärathmen sich finden. Nach aussen davon beginnt aber die absolute Dämpfung ganz abrupt und geht unvermittelt in die Herzdämpfung über. Ueber den seitlichen und unteren Partien ist das Athemgeräusch und der Stimmfremitus stark abgeschwächt oder fehlt ganz; über dem oberen Theil des Oberlappens besteht bronchiales Athmen mit deutlichem Fremitus. Keinerlei Rasselgeräusche über der ganzen Lunge; nur vorne unten über einer kleinen Stelle pleuritisches Reiben. Die Probepunktion l. h. u. ergiebt keine Flüssigkeit; die Nadel dringt durch dickes, derbes Gewebe. Die rechte Lunge ist anscheinend normal. Das Mediastinum antic. ist frei. Das Kehlkopfinnere ist blass. Keine Drüsenschwellungen. Sputum, soweit es bis jetzt untersucht werden konnte, ist spärlich, vorwiegend schleimig, enthält weder Tbc. bac. noch Gewebselemente. Die übrigen Organe anscheinend normal. Der Spitzenstoss des Herzens im 5. Intercostalraum etwas nach aussen von der Mamillarlinie, die Herzdämpfung nicht verbreitet, der 2. Pulmonalton verstärkt; das Organ im Ganzen wahrscheinlich etwas nach links verzogen.

Es handelt sich also um eine chronische diffuse Erkrankung der linken Lunge und Pleura, die zu erheblicher Funktionsstörung des Organes geführt hatte. Die anatomischen Veränderungen bestehen in schwartenartiger Verdickung der Pleura, besonders in den hinteren und unteren Abschnitten, sowie in diffuser Bindegewebsentwicklung durch die ganze Lunge. Höhlenbildung ist anscheinend nicht vorhanden. Eine sichere Diagnose kann wegen der aus äusseren Gründen ungenügenden Beobachtung und Untersuchung nicht gemacht werden. Es liegt entweder fibröse Phthise (Fibrosis), Tumor oder Syphilis der Lunge vor.

VORZEIGEN VON PRAEPARATEN.

1) Dr. A. Jacobi zeigt Gallensteine, die aus nichts wie Cholestearin bestehen. — Dr. Willy Meyer hat vor Kurzem bei einer Operation nur einen einzigen Stein gefunden der ebenfalls nur aus Cholestearin bestand.

2) Dr. Freudenthal demonstrirt 4 Unzen Flüssigkeit, die von einem Fall von Hydrorrhöea nasalis gewonnen worden war.

Ripperger, Secretär.

Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft.

Montag den 5. Juni 1899.

17 West 43. Str.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der vorigen Sitzung, welches angenommen wird.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

Dr. Hermann Kahn:

MITTHEILUNG UEBER DIE GEBURT EINES NAHEZU AUSGETRAGENEN LEBENDEN KINDES VON NICHT GANZ EINEM PFUND GEWICHT.

Dr. Max Einhorn: Ich glaube, es wäre sehr interessant, das Kind zu sehen, da ein Kind, das nur ein Pfund wiegt, eine ausserordentliche Seltenheit ist.

Dr. E. Danziger: Ich möchte den Vortragenden fragen, ob pathologische Veränderungen in der Placenta vorhanden waren?

Dr. Herrmann Kahn: Mie der Ausnahme, dass die Blase schon sehr derb war, konnte ich nichts Besonderes finden. Die Grösse der Placenta war der Grösse des Körpers entsprechend, d. h. eine kleine Placenta bei sehr kleinem Körper. Ich konnte die ganze Frucht auf meine Hand legen.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz: Ich habe aus der Sitzung des Verwaltungsrathes mitzutheilen, dass derselbe auf Antrag des Schatzmeisters beschlossen hat, die Mitglieder Dr. Sophia F. Unger und Dr. Vincent Zolnowski, die seit drei Jahren keine Beiträge bezahlt haben, von der Mitgliederliste zu streichen.

Die Versammlung genehmigt den Beschluss des Verwaltungsraths.

VORTRAEGE.

Dr. Max Einhorn:

DIE WANDERLEBER UND IHRE KLINISCHE BEDEUTUNG. (Liest.)

Ein Antrag Dr. Einhorn's, da noch zwei Vorträge auf dem Programme sind, die Discussion bis nach Verlesung derselben zu verschieben, wird angenommen.

Dr. C. H. Richard Jordan:

FORTSCHRITT IN DER CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG DER OHRENEITERUNGEN. (Ist in der Augustnummer ds. Monatsschrift veröffentlicht.)

Dr. W. Freudenthal:

UEBER DAS WESEN DER SOGENANNTEN ERKAELTUNGSKRANKHEITEN. (Anderwärts publicirt.)

Präsident Dr. Hermann Klotz: Die Zeit ist so weit vorgeschritten, dass wir leider nicht mehr in die Discussion der Vorträge

eingehen können. Ich spreche den Herren, welche die Temperatur nicht gescheut haben, uns hier Vorträge zu halten, und denen, welche gekommen sind, sie anzuhören, meinen besten Dank aus.

Als neues Mitglied ist vorgeschlagen: Dr. H. Riedel, 18 Belvidere St., Brooklyn, von Dr. H. G. Klotz.

Schluss und Vertagung.

J. A. Beuermann, Prot. Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Ueber Orthoform bezügl. Orthoform-neu als Zusatz von Quecksilberparaffinemulsionen, von Dr. F. Epstein-Breslau. (Dermatol. Ctrlbl. 99, VI.) E. hat das von Loeb empfohlene Orthoform als anästhesirenden Zusatz zu intramuskulären Injectionen bei 20 Patienten angewendet. In den meisten Fällen hat er statt des Orthoforms das von F. Klausner beschriebene, microscopisch feiner vertheilte Orthoform-neu in 5—10 proz. Stärke zugesetzt. Er kommt dabei zu folgenden Resultaten: In der grösseren Anzahl der Fälle kann man bei den Injectionen die Zusätze von anästhesirenden Substanzen entbehren. In den Fällen, wo heftige Schmerzen nach den Injectionen auftreten, ist ein Zusatz von anästhesirenden Substanzen zu versuchen, dann verwendet man am besten das Orthoform-neu. Doch muss man, namentlich im Anfang der Kur, auf toxische Erscheinungen immerhin achten. Verf. hat in einem Falle eine solche Intoxication (Erbrechen, Schwindelgefühl, Schüttelfrost, leichter Collaps) erlebt. (Ref. in Med. Neuigkeiten 1899, No. 14.)

— Die bis jetzt publizirten Ergebnisse mit Tannalbin sind nun so zahlreich, dass es keinem Zweifel mehr unterliegt, dass wir es hier mit einem hervorragenden Heilmittel bei Erkrankungen des Darmtractus, besonders bei Kinderdiarrhöen, zu thun haben. Die Beobachter aus den verschiedensten Kliniken stimmen darin überein, dass Tannalbin — welches übrigens keine unangenehmen Nebenwirkungen zeigt — in subacuten und chronischen Fällen von Enteritis sowohl bei Kindern, als bei Erwachsenen, vorzügliche Dienste leistet. Es darf an die Spitze der adstringirenden Stopfmittel gestellt werden. (Ibidem.)

— Tannigen gegen Dysenterie. (Medical Review, May 99.) Dr. Cronkhite hatte anlässlich einer Ruhrepidemie reichlich Gelegenheit, die vortreffliche Wirkung des Tannigens zu erproben. Er wandte es bei 23 Patienten an, hauptsächlich bei Kindern, und verabreichte je nach dem Alter Dosen von 5—10 grains alle 3—4 Stunden, in einigen Fällen unter Beigabe von fünf Viertel grain Calomel. Die Nahrung wurde vorsichtig regulirt. Nur in zwei Fällen blieb der Erfolg aus, bei allen anderen existirten die blutig schleimigen Stühle schon nach wenigen Dosen von Tannigen und war die Behandlungsdauer eine auffallend kurze. Verfasser ist begeisterter Verehrer des Tannigen, von dessen vorzüglicher Wirkung er sich nach zweijähriger Prüfung hinreichend überzeugt hat und empfiehlt es seinen Collegen als sicherstes und prompt wirkendes

Mittel bei einfachen Durchfällen und Dysenterie. — Auch Dr. Cioja (Il Morgagne 22. 99) brachte Tannigen gelegentlich einer Ruhrepidemie in Anwendung und leistete ihm dasselbe in Verbindung mit Milch-Somatose sehr schätzenwerthe Dienste. Sobald die blutig-schleimigen Ausleerungen durch Tannigen coupirt waren, wurde zur Nachbehandlung mit Milch-Somatose begonnen und war es auffällig, in welch' kurzer Zeit sich die Patienten wieder erholten und zu Kräften kamen. (Allgem. Wiener Zeitung, 1899, No. 28.)

— Lefort (Paris) widmet in der L'Indépendence méd. dem von Dr. Blum entdeckten und in dem pharmaceutischen Institute von Wilhelm Gans in Frankfurt dargestellten Jodalbacid einen längeren Artikel, dem wir Folgendes entnehmen: Das Jodalbacid ist ein Jodeiweisspräparat, das nur intramolecular gebundenes Jod enthält. Es ist ein Product, ähnlich demjenigen, das sich in dem Organismus bildet, dem man durch längere Zeit Jod in irgend einer Form einverleibt. Das Jodalbacid ist ein gelbliches Pulver, beinahe geruch- und geschmacklos.

Zuelzer (Zürich) hat die ersten Versuche mit diesem Präparate angestellt und die Wirkung des Jodalbacids mit jener des Jodnatriums verglichen. Er fand, dass das Jodnatrium sich unter dem Einfluss oxydirender Stoffe von Jod sehr leicht trennt, während es viel stärker oxydirender Mittel bedarf, damit im Jodalbacid das Jod frei wird. Die Erfahrung hat auch gezeigt, dass bei Einführung des Jodnatriums in den Organismus die Ausscheidung des Jods am dritten oder vierten Tage beendet ist, während dies beim Jodalbacid am Ende vom fünften Tage noch nicht der Fall ist. Das Jodnatrium passirt die Nieren mit derselben Leichtigkeit wie das Kochsalz und kann in Folge dessen den Organismus im unveränderten Zustande verlassen, ohne in Action getreten zu sein; dagegen kann das Jodalbacid, dank seinem Gehalt an Eiweiss, nicht als solches durch die Nieren ausgeschieden werden. Zuelzer hat ferner auf der dermatologischen Klinik des Prof. Neisser in Breslau die Wirkung des Jodnatriums und des Jodalbacids verglichen und gefunden, dass in allen Fällen von Syphilis der Tertiärperiode, wo es sich darum handelte, eine schnelle Wirkung zu erzielen, das Jodnatrium angezeigt war, dagegen dort, wo man eine vollständige Ausnützung der Jodwirkung zu erzielen beabsichtigte, mit viel mehr Erfolg das Jodalbacid in Anwendung kam. Zuelzer hat bei der Darreichung des Jodalbacids in der Behandlung von Gumma syphilit. und specifischen Ulcerationen der Tärtiärperiode, kurz gesagt, überall dort, wo eine langdauernde Behandlung mit Jod angezeigt erscheint, die besten Erfolge gehabt. Auch Bernheim hat mit dem Mittel in klinischer Hinsicht mannigfache Versuche angestellt und gefunden, dass dasselbe auch in grossen Dosen genommen, absolut für den Körper unschädlich ist und durch lange Zeit gebraucht werden kann, ohne Jodismus zu erzeugen. In einem Falle von Scrophulose bei einem 17jährigen Mädchen hat Bernheim das Jodalbacid wochenlang in einer Tagesdosis von 1.5 gr gereicht, ohne dass dabei die Functionen der Ernährung im geringsten alterirt worden wären, hingegen verschwanden alle Drüsenschwellungen unter dem Gebrauche des Mittels. Ebenso berichtet Bernheim über einen zweiten Fall von gichtischer Affection in den verschiedensten Gelenken, bei dem sich alle

Mittel, sowohl äussere als innere, fruchtlos erwiesen und die bei dem Gebrauche von Jodalbacid in steigenden Dosen von 0.5, 0.8 bis 1.0 gr durch mehrere Monate fortgesetzt, vollständig zur Heilung gelangte. Das Jodalbacid ist ferner angezeigt bei allen Krankheiten des Circulationsapparates, namentlich der Arterio-Sclerose, der Angina pectoris, Aneurysma der Aorta, ferner in gewissen, schlecht compensirten Herzkrankheiten, ausserdem erweist es sich als nützlich, als Präventivmittel bei apoplectischen Zuständen. Dagegen zeigt es sich bei Krankheiten des Nervensystems, die nicht auf luetischer Grundlage beruhen, so bei Ataxie, allgemeiner Paralyse, Myelitis, Chorea, Sclerodermie und tuberkulöser Meningitis als unwirksam. Gleich Zuelzer hat auch Bernheim in den schwersten Tertiärformen constant die sichersten und schnellsten Erfolge erzielt. Jodalbacid zeigt sich auch wirksam bei Dystrophien und Dyskrasien, bei subacutem und chronischem Rheumatismus und Ischias. Jodalbacid ist solcherart ein sehr werthvolles Medicament, das keineswegs berufen ist, das Jodnatrium zu ersetzen, aber überall dort angezeigt ist, wo eine fortgesetzte, langdauernde Behandlung mit Jod als nothwendig erscheint. Da es schlecht löslich ist, wird es am besten in Pulverform gereicht und zwar in Tagesdosen von 1—5 gr. Es wird sehr gut vertragen und man constatirt niemals Störungen, wie sie beim Gebrauch von anderen Jodpräparaten vorzukommen pflegen. (Ibidem.)

— Gelegentlich der 50. Jahresversammlung der American Medical Association im Juni 1899 hielt Prof. Peck aus Chicago einen Vortrag über den Unterschied in der Giftigkeit zwischen Cocain und Eucain. Er kommt dabei zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Die Wirkung des Cocains ist inconstant. Man weiss nie, ob mit derselben Dosirung und unter sonst gleichen Verhältnissen auch die gleichen Symptome eintreten. 2. Die Wirkung des Eucains ist eine constante. 3. Eucain verursacht in toxischen Dosen fast immer Nausea und gelegentlich auch Erbrechen. 4. Cocain verursacht viel weniger Uebelsein und nur in ganz seltenen Fällen Erbrechen. 5. Eucain wirkt in ganz entschiedener Weise diuretisch. 6. Cocain hat eine kaum nennenswerthe diuretische Wirkung. 7. In allen Fällen von Cocainvergiftung reagiren die Pupillen nicht auf Lichteinfall. 8. In Vergiftungsfällen durch Eucain findet auf Lichteinfall eine schwache Pupillenreaction statt. 9. Die Wirkung toxischer Eucaindosen ist mehr eine lähmende, tetanisirende, Convulsionen erzeugende, als eine anästhesirende; die Plantar- und Cremasterreflexe sind fast immer erhalten. 10. Toxische Dosen von Cocain verursachen allgemeine Anästhesie. 11. Tetanus aller gestreifter Muskeln und Cheyne-Stokes'sches Athmen ist Folge der Cocainvergiftung, kommt dagegen nur selten bei Eucain vor. 12. Cocain ist mindestens dreimal so giftig, als Beta-Cocain, und Alpha-Cocain ist ebenso giftig wie Cocain. 13. Kochen hebt die Wirkung des Cocains nicht auf, aber es setzt dieselbe herab. Die Wirksamkeit des Eucains wird durch Kochen nicht beeinträchtigt. (Journ. of the Am. Med. Association, Sept. 9, 1899.)

— Nirvanin heisst ein neues, von Einhorn und Heinz entdecktes locales Anästheticum. Es besteht aus farblosen Prismen und ist in Wasser leicht löslich. Eine 5proc. Lösung verursacht in das Auge

gebracht sofortige Anästhesie nach vorhergegangener, jedoch rasch vorübergehender Reizung der Conjunctiva. Auf die weniger empfindlichen Schleimhäute wirkt das Nirvanin nicht reizend und bewirkt eine sehr in die Tiefe reichende Anästhesie derselben. Auf subcutanem Wege angewandt wird die Wirkung verstärkt und verlängert. Thierexperimente ergaben, dass das Präparat 10 Mal weniger giftig ist als Cocain. (Therap. Progress, 1899, No. 7.) Luxenburger hat eingehende Versuche mit Nirvanin angestellt und kommt zu dem Endresultat, dass das Nirvanin in der bei den Versuchen angewandten Concentration sicher nicht giftig wirkt, dass es ferner behufs Hervorrufung der Infiltration und regionären Anästhesie dem Cocain vorzuziehen ist. (Münch. med. Wochenschrift 1899, No. 1 und 2.)

Kleine Mittheilungen.

— Der „Bericht über den Congress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit" in Berlin ist jetzt erschienen. Derselbe enthält sämmtliche Referate, Vorträge und Discussionen, die auf dem Congresse stattgefunden haben, in ausführlichster Form und bildet in Folge dessen einen werthvollen, für Jeden, der sich mit den einschlägigen Fragen beschäftigt, unentbehrlichen Beitrag zur Tuberculose-Literatur. Dass der Bericht, der übrigens vorzüglich ausgestattet ist, nach der kurzen Frist von 4 Monaten schon fertig vorliegt, ist eine höchst anerkennenswerthe Leistung, für welche das Verdienst dem unermüdlichen Generalsecretär des Congresses, Oberstabsarzt Dr. Pannwitz, gebührt. (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 41.)

— Die Pest. In Oporto kommen vereinzelte Pestfälle ohne Unterlass vor, ohne dass die Seuche eine grosse Ausdehnung gewinnt. Nach der Ansicht der französischen ärztlichen Mission ist die Krankheit stationär. Das von den französischen Aerzten der Presse mitgetheilte Bulletin über den Stand der Seuche in Oporto lautet dahin, dass dieselbe aller Wahrscheinlichkeit nach noch Wochen und Monate dauern kann und dass es kaum möglich sein dürfte, andere europäische Städte vor dem Einbrechen der Pest zu sichern, dass jedoch letztere hauptsächlich dort eine Tendenz zur Ausbreitung annehmen werde, wo die Hygiene mangelhaft gehandhabt wird. Die portugiesische Regierung hat zur Zeit aus den zu Oporto anwesenden Bacteriologen eine internationale Commission ernannt, welche die Aufgabe hat, die Impfungen zu überwachen. Man hält die Anhäufung von Truppen rings um Oporto, die behufs Absperrung des Seuchengebietes daselbst zusammengezogen wurden, für keine zweckmässige Maassregel der portugiesischen Regierung, und es würde sich empfehlen, die grossen Summen, welche diese Anhäufung von Truppen verursacht, passender für Etablirung von hygienischen Einrichtungen zu verwenden. Von Amerika ist Dr. Irwing, von England Dr. Shadwell in Lissabon in officieller Eigenschaft eingetroffen, um die prophylactischen von der Regierung angeordneten Maassregeln zu inspiciren. Beide begeben sich von da nach Oporto. Die fremden Aerzte betrachten die Isolirung von Oporto als eine der Convention von

Venedig widersprechende Maassregel. (Allgem. Wiener med. Zeitung 1899, No. 39.)

— Eine Verordnung des Polizeipräsidenten von Berlin bestimmt die Anzeigepflicht für Erkrankungen und Todesfälle an Pest. Zur Anzeige ist in erster Linie der behandelnde Arzt verpflichtet. (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 41.)

— Die Zahl der Studirenden der Medicin in Frankreich betrug im Jahre 1899 nach officiellen Aufzeichnungen 7429 Franzosen und 840 Fremde; Paris weist selbstverständlich die grösste Ziffer nach: 3380 Einheimische und 486 Fremde; am schwächsten besucht ist die medicinische Schule in Nancy, 199 Franzosen und 62 Ausländer; den zweitstärksten Besuch hat Lyon mit 1021 Franzosen und 75 Fremden, hingegen studiren in Montpellier, Paris ausgenommen, die meisten Ausländer, 144. Die Gesammtzahl aller einheimischen Studirenden hat seit dem Jahre 1894 abgenommen und bewegt sich zwischen den Ziffern 8897 und 7269, dagegen wird diese Verminderung der einheimischen Studirenden durch die bedeutende Vermehrung der Fremden aufgewogen, die während dieses Zeitraumes die französischen medicinischen Schulen besucht haben; aber das Jahr 1899 weist speciell eine bedeutende Verminderung der Fremden gegen das Jahr 1895 auf, es sank die Ziffer von 1337 auf 840. Unter den fremden Studenten und Aerzten sind beinahe alle Staaten der Welt vertreten, am stärksten Bulgarien, Rumänien, Russland und die Türkei. (Allgem. Wiener med. Zeitung 1899, No. 37.)

Eingesandte Bücher.

Bibliothek der gesammten Medicinischen Wissenschaften für praktische Aerzte und Specialärzte. Herausgegeben von Hofrath Prof. Dr. A. Drasche in Wien. Verlag von Karl Prochaska. Wien, Teschen und Leipzig 1899. Lieferung 179 mit 183.

Die Krankheiten der Nieren und Blase gebildeten Laien geschildert, von Dr. med. Karl Rörig Jr. in Hannover. Verlag von Adolf W. Köllner. Berlin und Hannover 1899.

Die Neu-Karlsbader Hauskur und ihre Anwendung, von Dr. Hans Brackebusch. Verlag von Adolf W. Köllner. Berlin und Leipzig.

Die Krankheiten der Nase und des Halses, ihre Beziehungen zum Gesammtorganismus und ihre Bedeutung für die Singstimme. Zehn allgemeinverständliche Vorträge. Von Dr. Friedrich Ernst. Verlag von Adolf W. Köllner. Berlin und Hannover 1899.

Deutsche Vierteljahrschrift für Gesundheitspflege. Redigirt von Dr. A. Spiess und Dr. M. Pistor. 31. Band, Heft 3 und 4.

Die Krankheiten der Eierstöcke und Nebeneierstöcke. Herausgegeben von A. Martin. Mit 173 Textabbildungen und 5 Tafeln. Verlag von Arthur Georgi. Leipzig 1899.

Leitfaden für den gynäkologischen Operationskurs mit Berücksichtigung der Operationen an der Lebenden. Für Aerzte und Studirende. Von Dr. E. G. Orthmann, Berlin. Verlag von Arthur Georgi. Leipzig 1899.

Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten. Herausgegeben von Prof. Dr. Rumpf in Hamburg-Eppendorf. Verlag von Leopold Voss. Hamburg 1899. 2. Band, 2. Heft.

Microscopische Technik zum Gebrauch bei medicinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen. Von Prof. Dr. Carl Friedländer. Sechste vermehrte und verbesserte Auflage, bearbeitet von Prof. Dr. C. J. Eberth in Halle. Fischer's Medicinische Buchhandlung (H. Kornfeld). Berlin 1899.

Nervenleiden und Erziehung. Von Prof. H. Oppenheim, Berlin. Verlag von S. Karger. Berlin 1899.

Die moderne Behandlung des Klumpfusses. Von Prof. A. Hoffa. S.-A. aus Deutsche Praxis. Verlag von Seitz & Schauer. München 1899.

Die mikrophotographische Aufnahme gefärbter Präparate. Von Dr. med. Walter Gebhardt. S.-A. aus Internat. Photograph. Monatsschr. für Medicin. Verlag von Seitz & Schauer. München 1899.

Zum augenblicklichen Stand der Schularztfrage in Deutschland. Von Dr. Ignaz Steinhardt. S.-A. aus dem Bayer. Aerztl. Corresp.-Blatt. Verlag von Seitz & Schauer. München 1899.

Berliner Klinik. Sammlung klinischer Vorträge. Heft 135: Zur neurologischen Untersuchung Unfallkranker. Erfahrungen und Rathschläge von Dr. Paul Schuster. Fischer's Med. Buchhandlung. H. Kornfeld. Berlin 1899.

Die Frau als Mutter. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie Pflege und Ernährung der Neugeborenen in gemeinverständlicher Darstellung. Von Dr. Hans Meyer in Zürich. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1899.

Archiv für Verdauungs-Krankheiten mit Einschluss der Stoffwechselpathologie und der Diätetik. Herausgegeben von Dr. Boas in Berlin. Fünfter Band, 1. und 2. Heft.

Myokarditis und ihre Behandlung. Von Prof. Dr. med. Martin Mendelsohn, Berlin. S.-A. aus Deutsche Praxis. Verlag von Seitz & Schauer. München 1899.

Zur Lösung des Problems der Heilbarkeit der Lungentuberculose. Von Dr. Carossa. Verlag von Seitz & Schauer. München 1899.

Berliner Klinik. Sammlung klinischer Vorträge. Heft 136: Die geschichtliche Entwickelung der wissenschaftlichen Krankenpflege. Von Dr. Iwan Bloch in Berlin. Fischer's med. Buchhandlung, H. Kornfeld. Berlin 1899.

Report on Formaldehyd Disinfection in a Vacuum Chamber. By P. A. Surg. E. K. Sprague, U. S. M. H. S. Treasury Department, U. S. Marine-Hospital Service. Washington, 1899.

The Failure of Antitoxin in the Treatment of Diphtheria. By J. Edward Herman, M.D. S.-A. aus Medical Record. New York, 1899.

Pyocyaneus Bacillaemia. A Critical Review of the Recorded Cases, with the Report of a Case Secondary to a Staphylococaemia. By N. E. Brill and E. Libman. Auszug aus The Am. Journ. of the Medical Sciences, Aug., 1899.

Gumma of the Tongue. By William S. Gottheil, M.D. S.-A. aus The International Medical Magazine, Dec., 1898.

The Disinfection of the Alimentary Canal. By A. Jacobi, M.D., LL.D. Address delivered before the Medical Society of the State of New York, February, 1899.

The Evolution of Modern Therapy. By Simon Baruch, M.D. S.-A. aus The Therap. Gazette, June and July, 1899. Verlag von William M. Warren, Detroit, Mich., 1899.

Mt. Sinai Hospital Reports. Volume 1. Edited for the Medical Board by Paul E. Mundé, M.D., LL.D., 1899.

Kompendium der diätetischen und physiologischen Heilmethoden. Von Dr. F. Schilling. Mit 122 Abbildungen. Verlag von H. Hartung & Sohn. Leipzig 1899.

Durch die Buchhandlung von Lemcke & Buechner, New York:

Ileus und Atropin. Von Dr. med. Batsch. Verlag von Hermann Starke. Grossenhain i. S. 1899.

Sexualleben und Nervenleiden. Die nervösen Störungen sexuellen Ursprungs. Nebst einem Anhang über Prophylaxe und Behandlung der sexuellen Neurasthenie. Von Dr. Löwenfeld. Zweite völlig umgearbeitete und sehr vermehrte Auflage. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1899.

Specielle Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Hofrath Prof. Hermann Nothnagel. XIX. Band, II. Theil, III. Heft. Die Krankheiten der Prostata. Von Dr. A. von Frisch. Verlag von Alfred Hölder. Wien 1899.

Durch die Buchhandlung von G. E. Stechert, New York:

Handbuch der Praktischen Medicin. Unter Redaction von Dr. W. Ebstein und J. Schwalbe, herausgegeben von W. Ebstein. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1899. Lieferrung 9 mit 13.

Durch die Buchhandlung von Steiger & Co., New York:

Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für Medicin. Herausgegeben von Rudolf Virchow. Verlag von Georg Reimer. Berlin 1899. Band 156, Heft 3. Band 157 und Band 158, Heft 1.

— Verzogen: Dr. C. H. Richard Jordan nach 14 Ost 45. Str. Dr. Francis Foerster nach 926 Madison Ave., zwischen 73. und 74. Str.

Geschäftliche Zuschriften, Geldsendungen. Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 17-27 Vandewater Street, New York.

Manuscripte, Wechselblätter und Anfragen bezüglich des Inhaltes sind an den Herausgeber zu richten.

Dr. A. RIPPERGER,
126 E. 122. St.

New Yorker
Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der
Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XI. New York, November 1899. No. 11

ORIGINALARBEITEN.

Foetale Blase bei einer 45jährigen Frau.*

Von

Dr. H. J. Garrigues.

Schon längst hat L u s c h k a darauf aufmerksam gemacht, dass der Urachus oft seine Höhle behält. In solchen Fällen dreht es sich um den Strang, der vom Scheitel der Blase zum Nabel verläuft. Die Höhle kann entweder geschlossen sein, oder sie kann mit der Blase in offener Verbindung stehen, oder sie kann ausserdem am Nabel offen sein, in welchem Falle also eine Urinfistel vorhanden ist. Eine solche erscheint mitunter beim Abfall der Nabelschnur.

Was ich Ihnen hier vorzeige, ist etwas ganz anderes und, so viel ich weiss, ein Unicum. In diesem Fall ist nämlich kein hohler, offener oder geschlossener Gang vorhanden, sondern die ganze foetale Blase ist bei einer Erwachsenen bewahrt worden.

Um so ein Präparat zu verstehen, muss man sich vor allem auf die Entwickelungsgeschichte besinnen. In einem sehr frühen Stadium der Entwickelung buchtet sich vom Hinterdarm die Allantois aus, eine Blase, die einen doppelten Zweck erfüllt. Ihr extra-abdominaler Theil bringt die Blutgefässe zum Chorion und bildet so eventuell den grössten Theil der Placenta. Der intra-abdominale Theil wird zur Harnblase. Normal bleibt nur der untere Theil offen und geräumig, während der obere zu

* Vorgezeigt in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft am 6. November 1899.

einem fibrösen Strang einschrumpft, der vom Scheitel der Blase zum Nabel verläuft und Urachus genannt wird. In diesem Falle ist aber die ganze foetale Blase bis zum Nabel hinauf erhalten.

Das Präparat stammt von einer fünfundvierzigjährigen Jungfrau, an der ich wegen eines Fibroms des Uterus die supraraginale Amputation vornahm. Nachdem ich die Aponeurose der Abdominalmuskeln durchschnitten hatte, fiel es mir auf, dass ungewöhnlich viel Bindegewebe und wenig Fett vor dem Peritoneum lag. Die beiden Arteriae umbilicales erschienen als dicke, solide Stränge, die sich vom Grund der Blase bis zum Nabel emporschlängelten. Zwischen ihnen lag die Blase und erreichte fast den Nabel. Da sie gerade im Operationsfeld lag, trennte ich sie mit den Arterien von ihrer Umgebung, unterband den Stiel am Nabel und schob die Blase in den Beckenraum hinab.

Da die Patientin am 10ten Tage nach der Operation an Nephritis, woran sie schon früher litt, zu Grunde ging, konnte ich die Sachlage näher untersuchen.

Dieser Fall muss nicht mit den nicht ganz seltenen verwechselt werden, in denen die Blase mit einem Tumor verwachsen ist und mit ihm in die Höhe gezogen wird. Das Präparat zeigt eine durchaus normale vesico-uterine Tasche. Die leere Blase erstreckte sich aber fast bis zum Nabel und lag zwischen den Bauchmuskeln mit der Fascia transversalis einerseits und dem Peritoneum andererseits.

Frühe Eiterentleerung per Vaginam bei acutem Pyosalpiux.

Von

Dr. E. Danziger.

Dass die Operation per Vaginam in acuten Fällen von Pyosalpynx der Laparatomie, wenn möglich, vorzuziehen ist, wird allgemein zugegeben. Dass aber die einfache Incision mit Eiterentleerung per Vaginam oft Heilung bringt, und wenn früh ausgeführt, schwere Operationen mit Verstümmelung des Sexual-

tractus verhütet, werde ich durch folgende Fälle zu beweisen suchen:

1. Frau G., 24 Jahre alt, Mutter von zwei Kindern, hereditär nicht belastet, in gutem Gesundheitszustand, wurde von mir Anfangs März 1897 entbunden. Die Entbindung verlief absolut normal; ebenso das Puerperium. Ende desselben Monats kam die Patientin zu mir und klagte, dass sie einen eitrigen Vaginalausfluss habe, mit Brennen beim Uriniren. Sie habe zwei Tage vorher zum ersten Male wieder Coitus mit ihrem Manne ausgeübt. Locale Untersuchung ergab alle Symptome einer acuten Vaginitis gonorrhoica. Die Untersuchung ihres Mannes bestätigte die Diagnose, da derselbe an einem acuten Anfall derselben Erkrankung litt. Der Patientin wurde Bettruhe angeordnet, Douchen mit Kali hypermang. 3—4 täglich, Salol, und jeden anderen Tag Karlsbader Salz. Drei Tage später klagte sie über Schmerzen im Rücken und in der rechten Fossa iliaca. Sie hatte Schüttelfröste, Erbrechen mit einer Temperatur von 101 Grad, die am nächsten Tage auf 103 Grad stieg. Die Vaginaluntersuchung ergab jetzt ein Exudat an der linken Seite des Uterus, unregelmässig, hart und druckempfindlich, von der Grösse einer Pflaume, das als die linke Tube angesprochen wurde, da ich das Ovarium normal fühlen konnte. Die nächsten drei bis vier Tage nahm die Schwellung zu, bis sie die Grösse einer Orange erreichte. Zur selben Zeit konnte man jetzt auch ein Exudat derselben Art an der rechten Seite fühlen, das am Ende der zweiten Woche ebenfalls die Grösse einer Orange erreichte.

Bei der Inspection durch das Speculum sah man grünen Eiter aus dem Os externum uteri fliessen.

Dieser Fall, offenbar sehr schwerer Natur, hätte der Theorie nach aufs Radikalste behandelt werden müssen, wie Eiterentleerung, Appendectomie und Entfernung des zwecklosen, wahrscheinlich inspirirtem Uterus. Nichtsdestoweniger wurde dieselbe aufs Konservativste behandelt. Dr. H. Grad machte die üblichen Einschnitte im Douglass, entleerte den Eiter auf beiden Seiten, spaltete die Tuben ihrer ganzen Länge nach, drainirte vermittelst Gummidrainageröhren und tamponirte die Abscesshöhlen mit Gaze. Unter täglichen Irrigationen und allmählicher Entfernung der Röhren und Gaze, heilten die Wunden innerhalb 3 Wochen. Dr. Grad sah die Patientin zwei Jahre später. Sie hat seit der Operation absolut keine Beschwerden und menstruirt normal.

Ich habe diesen Fall so eingehend beschrieben, um zu zeigen, wie viel man durch frühe Operation erreichen kann.

2. Frl. H., 28 Jahre alt, Dienstmädchen, mit unwichtiger Anamnese, leidet an elongirtem Cervix mit prolabirtem, vergrössertem, schmerzhaften rechten Ovarium. Sie wurde von mir einige Wochen local behandelt. Während einer ihrer Perioden klagte sie plötzlich über Schüttelfröste mit Schmerzen in der rechten fossa iliara. Innerhalb 5 Tagen mit beständigem Fieber zwischen 101—103 Grad entwickelte sich ein grosses Exudat an der rechten Seite des Uterus. Patientin wurde in das Deutsche Hospital geschickt mit der Diagnose „Acuter Pyoralpynx." Dr. F. Foerster operirte sie daselbst eine Woche später und entleerte

per Vaginam ungefähr einen Theelöffel Eiter. Nach 3 Wochen wurde Patientin entlassen. Sie stellte sich mir ein Jahr später vor, vollständig wohl, ohne Beschwerden.

Wenn wir die Warnungsrufe aus dem Munde eines Nestors der medicinischen Profession „Non nocere" beherzigen wollen, so sollten wir practischen Aerzte dazu beizutragen suchen, in acuten Fällen von Pyosalpynx den Patientinnen die Chance der frühen einfachen Eiterentleerung zu geben. Ein so behandelter Fall ist ein erhabeneres Denkmal als ein Dutzend exstirpirter Uteri und Adnexa.

2022 Madison Ave.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1899, No. 37 mit 40.

1) O. Jolasse: Ueber Behandlung der Chlorose mit Fe-Klystieren. (Aus dem alten allgem. Krankenhause Hamburg St. Georg.) — Da es viele Chlorosefälle giebt, bei denen man aus irgend welchen Gründen kein Eisen intern geben kann, so in erster Linie bei den Kranken, welche an gastrischen Störungen leiden, so hat Verf. versucht, das Eisen rectal darzureichen, nachdem schon vor ihm Ewald die Verabreichung von Eisen in Form von Suppositorien empfohlen hatte. J. behandelte 32 Fälle mit Suppositorien und fand, dass die Zunahme des Haemoglobins unter Anwendung von Suppositorien mit Mass. Pil. Vallet, welche sich per os gereicht als sicher wirksam erwiesen, in der Form von Suppositorien per rect. durchaus unsicher war. Er kann daher der Application des Ferums in Form von Suppositorien einen nennenswerth günstige Wirkung nicht zusprechen, im Gegensatz zu Ewald, welcher glaubt, mit Eisensuppositorien gute Erfolge gehabt zu haben. J. machte dann Versuche mit Eisenclystieren, und zwar verwandte er hierzu das leicht lösliche Ferrum citricum: Ferr. citr. 0,1—0,6 auf 50,0 Amylum, dreimal täglich ein Clysma, nachdem zuvor ein Reinigungsclysma applicirt war. Diese Versuche nun waren von Erfolg begleitet und ergaben, dass es recht wohl möglich ist, Chlorotische mit Eisenclystieren nahezu ebenso schnell auf den normalen Haemoglobingehalt zu bringen und von allen Beschwerden zu befreien, wie mit manchen anderen, per os gereichten Eisenpräparaten. Ob ein anderes Präparat zu dem Zwecke sich besser eignet, als das Ferrum citricum, mag weiteren Versuchen vorbehalten sein.

2) Vincenzi (Sassari): Ueber antitoxische Eigenschaften der Galle eines Tetanikers. — Verf. machte mit der unfiltrirten Galle eines an Tetanus Verstorbenen Versuche hinsichtlich ihrer antitoxischen Eigenschaft. Als Tetanusgift wählte er ein aus 7tägiger Bouilloncultur gewonnenes Filtrat, welches in der Dosis von 0,001 Meerschweinchen mit 400 bis 450 g. Gewicht in 3 Tagen ohne Ausnahme zu tödten im Stande war.

Die Versuche ergaben, dass die Galle ausgesprochene antitoxische Eigenschaften besitzt und zwar derart, dass 1 ccm. Galle bis zu 50fach tödtlicher Dosis Tetanusgift neutralisirt. Weitere Einzelnheiten der interessanten Versuche sind im Original nachzulesen.

3) R. Mond (Hamburg): Ueber einen Fall von gleichzeitiger Intra- und Extrauteringravidität. — Es handelte sich um eine 28jährige Frau, bei welcher bei der durch Verf. vorgenommenen Laparatomie ein im 3. Monat gravider Uterus gefunden wurde und ausserdem ein hühnereigrosses Haematom der rechten Tube, nach abgelaufener rechtsseitiger Tubenschwangerschaft entstanden, mit Ausgang in Tubenabort und secundärer Haematocelenbildung. Die Frau genas, die intrauterine Gravidität blieb fortbestehen, und die Frau wurde später von einem kräftigen Kinde entbunden. Nach genauer Beurtheilung und Berechnung war mit Sicherheit anzunehmen, dass beide Schwangerschaften, sowohl die intra- als extrauterine auf ein und dieselbe Conception zurückzuführen waren.

4) Ch. Thorel: Ein Fall von multiplen congenitalen Atresien des Dünndarms. (Aus dem allgem. Krankenhause in Nürnberg.) — Es handelte sich um einen von mehreren und oftmals sehr langen Atresien unterbrochenen Darmcanal bei einem neugeborenen Kinde. Die erste Occlusion am oberen Jejunum konnte dem Obductionsbefunde nach nicht anders als durch Achsendrehung um die Radix des Mesenteriums entstanden sein. Bezüglich der Entstehung der übrigen Atresien liess sich die Ursache nicht mit Sicherheit feststellen, doch glaubt Verf. auf Grund seiner histologischen Untersuchungen der betroffenen Darmpartien behaupten zu können, dass der Grund für ihre Bildung in der Schleimhaut des Darmcanales gelegen war, wobei die Wirkung mechanischer Momente, die als solche nicht zu unterschätzen sind, in zweiter Linie erst zur Geltung kam.

5) A. Riedel (Rothenburg o. T.): Der Gips-Gehverband in der Praxis. — Der Aufsatz enthält nichts Neues.

6) E. Abée (Bad Nauheim): Zur Behandlung des cardialen Asthma. — Aufmerksam gemacht durch die Beobachtung der bekannten Thatsache, dass Herzkranke häufig mit der Hand nach der Herzgegend fassen und dieselbe stützen, sich dadurch Erleichterung verschaffend, hat A. bei ausgesprochenem cardialen Asthma und bei der Versagung jeder anderen Medication eine von ihm construirte Pelotte in Anwendung gebracht, die an Stelle eines momentanen Druckes, um das Herz zu heben oder gewissermaassen zu fixiren, einen permanenten Druck ausübt. Die Anwendung der Pelotte hat in zwei Fällen, die Verf. kurz beschreibt, eine hochgradige Erleichterung der subjectiven Beschwerden gebracht.

7) A. Hegar: Tuberculose und Bildungsfehler. (Aus der Universitäts Frauenklinik zu Freiburg i. B.) — Die Arbeit behandelt die foetalen Entwicklungsstörungen, die man mit der Tuberculose der Eltern in Zusammenhang bringen kann.

8) V. Dungern: Specifisches Immunserum gegen Epithel. (Aus dem Laboratorium der med. Klinik der Universität Freiburg.) — Verf. hat hinsichtlich dieser Frage eingehende Versuche angestellt, über die in

der Originalarbeit das Nähere nachzulesen ist. Es sei hier nur erwähnt, dass an ein eventuelles Verwerthen der gefundenen Thatsachen für ein therapeutisches Eingreifen bei Carcinom gedacht werden kann. Da nämlich ein specifisch gegen Epithelzellen gerichteter Antikörper dargestellt werden kann, so ist es nicht ausgeschlossen, dass es gelingt, mit demselben auch epitheliale Geschwulstzellen schädigend zu beeinflussen, ohne zu gleicher Zeit, wie mit anderen, nicht specifischen Mitteln, auch die daneben liegenden Bindegewebszellen zu vernichten. Eine Zuführung des Serums von der Blutbahn aus ist freilich ausgeschlossen. Der Immunkörper würde hierbei gar nicht zu den Carcinomzellen gelangen und wohl durch Auflösung der rothen Blutkörperchen gefährliche Erscheinungen hervorrufen. Bei localer Anwendung, vor Allem nach chirurgischer Entfernung der dem Auge sichtbaren Geschwulstmassen, könnten die Bedingungen aber vorhanden sein, unter denen die specifische Affinität zur Geltung kommt. Zur Bekämpfung des Carcinoms beim Menschen müssten die den Antikörper producirenden Thiere natürlich mit menschlichem Epithel vorbehandelt werden. Um der technischen Frage näher zu treten, hat D. eine Immunisirung mit Milch begonnen, welche den Immunisirungskörper des Epithels auch enthält.

9) H. v. Tappeiner: Ueber die Wirkung der Mucilaginosa. (Aus dem pharmakol. Institut der Universität München.) — In neueren Lehrbüchern der Arzneimittellehre werden die Mucilaginosa meist sehr kurz abgehandelt, ihnen zuweilen auch jede Wirkung abgesprochen. Dieser Umstand giebt T. Veranlassung, verschiedene Versuche und Beobachtungen, die in den letzten Jahren im Münchener pharmacologischen Institut gemacht und bisher meist nur in Form von Dissertationen veröffentlicht wurden, zusammenfassend darzustellen. Die Versuche erweisen zur Genüge, dass die Anwendung und Empfehlung der Schleimstoffe 1. als reiz- und entzündungshemmende Mittel bei Entzündungen, bei Vergiftungen mit ätzenden und scharfen Stoffen und bei Verabreichung von Arzneimitteln als Clysma; 2. als resorptionshemmende Mittel, wenn es gilt, einem Mittel seine örtliche Wirkung (als Abführmittel, Adstringens, Desinficiens etc.) in tieferen Theilen des Darmcanals zu sichern oder seine resorptive Wirkung (Vergiftung) zu mildern, ihre sichere experimentelle Begründung besitzt.

10) Bettmann: Ueber Behandlung der gonorrhoischen Epididymitis mit Salicylpräparaten. (Aus der Heidelberger med. Klinik.) — Angeregt durch die äussere Anwendung des Methylsalicylats bei verschiedenen Formen von Rheumatismus wurde schon von Cazi o t dieses Mittel auch bei der gonorrhoischen Epididymitis in Gebrauch gezogen. B. hat nun ebenfalls bei 12 Patienten die externe Anwendung des Methylsalicylats versucht und zwar in folgender Weise: Von einer Mischung von 1 Theil Methylsalicylat auf 2 Theile Ol. olivar. werden 6—8 ccm auf ein Stück nicht entfettete Watte gegossen und dieses auf das Scrotum applicirt; darüber kommt Guttaperchapapier; ein mit Watte ausgepolstertes Suspensorium sorgt für genügende Fixation dieses Verbandes. Es ist darauf zu achten, dass das Stück Guttaperchapapier gross genug sei, um einen vollständig dichten Abschluss zu erzielen, und dass die Polsterung des Suspensoriums gleichzeitig eine leichte Compression aus-

übe. Der Verband wird alle 12 Stunden erneuert. Die mit diesem Verfahren gewonnenen Resultate waren folgende: Der objective Verlauf der Epididymitis wurde dadurch nicht wesentlich beeinflusst. Von einer Coupirung des Processes ist nicht die Rede und, wenn es sich später um die Rückbildung der Schwellung handelt, ist von dem Methylsalicylat kein besonderer resorbirender Einfluss zu erwarten; es hat deshalb auch keinen Sinn, die Anwendung des Mittels längere Zeit fortzusetzen. Aber einen entschiedenen Vortheil schien die Anwndung des Mittels zu haben: die prompte Einwirkung auf die Schmerzen. Das subjective Befinden der Kranken wurde günstig beeinflusst, die spontanen Schmerzen im Hoden, wie die Druckempfindlichkeit des erkrankten Organs liessen rasch nach und verschwanden völlig. Dass es sich dabei thatsächlich um eine Salicylatwirkung handelte, ging daraus hervor, dass die Schmerzen wiederkehrten, wenn das Mittel anch dem ersten oder zweiten Tage ausgesetzt wurde. Nach 3—4tägiger Anwendung konnte B. regelmässig mit den Umschlägen sistiren und zu einem regulären Druckverband übergehen. Derselbe wurde durchweg gut vertragen und die Patienten konnten das Bett wieder verlassen.

11) V. Stark: Ein Fall von Urticaria pigmentosa. (Aus der med. Universitätspoliklinik zu Kiel.) — St. giebt die Beschreibung eines typischen Falles dieser seltenen Hautkrankheit bei einem einjährigen Knaben. Die Behandlung, welche bereits seit mehreren Monaten stattgefunden und hauptsächlich in Darreichung von Arsenik bestanden hatte, war ohne jegliche Einwirkung auf den Zustand. Weiterhin wurde Salol, Atropin innerlich, Sublimatbäder äusserlich versucht, aber die Krankheit blieb ungeändert.

12) Rolly: Zur Frühdiagnose der Masern. (Aus der Universitätspoliklinik zu Heidelberg.) — R. hatte Gelegenheit in 24 von 78 Masernfälle die Koplik'schen Flecken vor dem Auftreten des Exanthems zu beobachten. Was den Sitz derselben anlangt, so waren sie meist an der Schleimhautseite der Wangen gegenüber den Backenzähnen am zahlreichsten, an den Lippen wurden nur wenige gefunden, dagegen niemals welche an der Zunge, dem weichen oder harten Gaumen etc. R. ist der Ansicht, dass Gerhardt in der Erkenntniss der Koplik'schen Flecken das Prioritätsrecht zugestanden werden müsse, da dieser als der Erste dieselben gesehen und beschrieben haben dürfte, wenn er auch die Bedeutung derselben für die frühzeitige Diagnostik der Masern nicht erkannt hat.

13) E. Grawitz: Ueber Giftwirkungen des Extractum filicis maris aethereum und ihre Verhütung. (Aus dem städt. Krankenhaus in Charlottenburg.) — Die Dosis des Mittels ist bei der Frage nach der Giftwirkung nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Toxicologische Untersuchungen haben ergeben, dass jede Schwächung eines einzelnen Organs, wie z. B. der Leber oder Niere und ebenso jede allgemeine Schwächung des Organismus vor der Filixcur die Gefahr einer localen oder allgemeinen Giftwirkung erhöht. Es muss bei jeder Bandwurmcur berücksichtigt werden, dass die Taenie nicht als ein indifferenter Gast im Darme haust, sondern fast immer eine ganze Reihe von nervösen Störungen, von

intestinalen Beschwerden und in vielen Fällen auch in Folge herabgesetzter Assimilation Abmagerung und anämische Zustände bedingt. Selbst robuste Leute fühlen bei langer Anwesenheit einer Taenie oft eine erheblich Schwäche des Nervensystems und des allgemeinen Kräftezustandes. Es finden dann die toxischen Substanzen des Extractes in einem derartig präparirten Darme die günstigsten Bedingungen zur Resorption und Giftwirkung, und ferner ist es leicht erklärlich, dass sich die letztere so besonders häufig am Nervensystem äussert, da viele Menschen schon auf mässige Nahrungsentziehung mit Schwindelgefühl, Ohnmacht und anderen nervösen Erscheinungen reagiren, deren Auftreten hier durch die Wirkung von Laxantien noch besonders begünstigt wird. Es dürfte also in vielen Fällen die sogenannte Vorbereitungscur mit ihren schwächenden Einflusse auf das Nervensystem geradezu das Auftreten cerebraler Vergiftungserscheinungen begünstigen. Dieser Umstand hat G. seit Jahren veranlasst, auf jede derartige Vorbereitungscur zu verzichten. Die Patienten nehmen am Tage vor der Abtreibung ihre gewöhnlichen Mahlzeiten zu sich, am Morgen des Curtages erhalten sie Karlsbader- oder Bittersalz auf nüchternen Magen und nach geschehener Abführung das Mittel mit Kaffee. In manchen Fällen hat er auch auf die Verabfolgung des Laxans vor der Einnahme des Extractes verzichtet.

14) R. v. Hoesslin: Ueber die Behandlung der Fettleibigkeit. — Nachdem Verf. mehrere Jahre hindurch nach dem Oertel'schen Principe durch Einschränkung der Flüssigkeit eine Entfettung herbeizuführen versucht hatte, hat er seit mehr als 6 Jahren diese Therapie vollständig verlassen, aus Gründen, die er des Näheren specificirt. Er macht nunmehr seit 5 Jahren in seiner Anstalt von einer combinirten Entfettungsmethode Gebrauch, die auf folgenden Hauptprinicipien beruht: 1. Ernährung durch reine Eiweiss-Fettdiät nach dem Princip der Ebstein'schen Gicht-Entfettungsdiät. 2. Anregung des Stoffwechsels durch Hydrotherapie. 3. Darreichung von Thyreoidintabletten. 4. Vermehrung der Oxydationsprocesse durch gesteigerte Bewegung. Verf. theilt einen Speisezettel für eine Woche aus seiner Anstalt mit, ebenso einen Stundenplan für einen Patienten, der die combinirte Behandlung durchmacht.

15) H. Buchner: Natürliche Schutzeinrichtungen des Organismus und deren Beeinflussung zum Zweck der Abwehr von Infectionsprocessen. — Verf. hatte schon vor 5 Jahren das Gesammtresultat seiner Untersuchungen dahin zusammengefasst, dass wir in dem Blut ein mächtiges antibacterielles Schutzmittel im Körper besitzen. Solche bacterienfeindliche Stoffe scheinen zwar alle oder die meisten Körperzellen in höherem oder geringerem Maasse zu enthalten, allein besonders viel davon ist jedenfalls im Blute anzutreffen, und ausserdem besitzt das Blut den grossen Vorzug, beweglich und innerhalb des Gefässsystems verschiebbar zu sein, so dass wir seine Wirkungen an ausgewählter Stelle zur Geltung bringen können. Was die Natur der bactericiden Stoffe anbelangt, so scheint es nunmehr ausser Frage zu sein, dass dieselben zu den proteolytischen Enzymen der Leucocyten selbst hingehören und nichts von diesen Verschiedenes darstellen. Es ist nun kein Zweifel, dass der Grad von Zweckmässigkeit in den Schutzeinrichtungen des Körpers

gegenüber von Infectionserregern bisher vielfach überschätzt worden ist. Der Organismus besitzt ja solche Schutzvorrichtungen, aber er ist nicht immer im Stande, sich ihrer in zweckmässiger Weise zu bedienen. Wenn wir diese Einrichtungen verstehen, so können wir durch zweckentsprechendes Eingreifen in sehr vielen Fällen mehr leisten, als es der Organismus an und für sich fertig bringt. Dies führt zur practischen Anwendung der gewonnenen Resultate, und die Grundlage hierfür liegt in der richtigen Beurtheilung der Functionen des Blutes. B. betrachtet es daher als seine Aufgabe, die weitesten Kreise innerhalb der practischen Heilkunde eindringlich zu Versuchen über die Anwendung des Blutes zur Bekämpfung bacterieller Infectionsprocesse anzuregen. Schon jetzt ist zweifellos zu erkennen, dass in dieser Richtung ein bedeutendes Gebiet für die practische Medicin erobert werden kann, das bisher ganz unbeachtet dagelegen war. Im Allgemeinen stehen uns zum Zwecke stärkerer Blutversorgung und Blutzufuhr eine Reihe von verschiedenen Mitteln zu Gebote, die selbstverständlich in ihrem Effect nicht gleichwerthig sind. Arterielle Hyperaemie muss natürlich in manchen Beziehungen anders wirken wie venöse oder gemischte. In welchen Fällen, bei welchen Infectionsprocessen, bei welchen Complicationen das eine oder das andere Verfahren den Vorzug verdient, dies ist Sache der klinischen Erfahrung. Zuerst sind die mechanischen und physicalischen Wege zu erwähnen: 1. Die venöse Stauung durch elastische Umschnürung einer Extremität mittels Gummibinde. 2. Arterielle Hyperaemie, welche durch Anwendung hoher Temperaturgrade zu erzielen ist. 3. Gemischte Hyperaemie durch Saugapparate und ausserdem durch Schröpfköpfe. 4. Hyperaemie, hervorgerufen durch Anwendung flüssiger Luft. 5. Die Alcoholverbände. Durch den Alcohol wird eine directe chemische Reizung der Gefässe verursacht, welche dieselben zur Erweiterung veranlasst und hierdurch vermehrte Blutzufuhr nach bestimmten Theilen bewirkt. Die Meinung, dass die günstigen Erfolge mit Alcoholverbänden von der desinficirenden Kraft des Alcohols herrührten, ist eine irrige. Die günstigsten Resultate erzielt man mit der Alcoholbehandlung bei den Phlegmonen. Die Entzündung geht nahezu abortiv zurück, das Fieber cessirt, die vorher teigige Schwellung nimmt ab, die Haut wird runzlig, und zugleich erweichen die Eiterherde, so dass der Chirurg weiss, wo er einzuschneiden hat. Die Heilung ist dann eine ungemein rasche. Aber auch bei offenen Wunden wirkt der Alcoholumschlag günstig, und beginnende Panaritien etc. können dadurch zum Stillstand und zur Heilung gebracht werden. Der Alcohol ist ferner im Stande, bei richtiger Anwendung jenen Entzündungs- und Infectionsprocess der Zahnpulpa und des Zahnbeins zum Stillstand und zur Heilung zu bringen, der gewöhnlich als Caries der Zähne bezeichnet wird. Bei Alcoholbehandlung kommt dieser Process aber nicht nur zum Stillstand, sondern nach längerer Zeit bei consequenter Weiterbehandlung wird das schon erweichte Zahnbein wieder hart und unempfindlich, ja es gelingt allmählich, die Bildung neuen Zahnbeins an Stelle des schon brüchig gewordenen zu bewirken. Dass es durch Alcoholverbände auch gelingt, locale Tuberculose, namentlich Gelenktuberculose, zur Heilung zu bringen, beweisen die auf diese Art in der chirurgischen Universitätsklinik in Mün-

chen behandelten Fälle. Es waren bisher nur 10 Fälle, die in Behandlung kamen; aber darunter sind zwei glänzende Heilungen, und sehr günstig verliefen sie alle. (Es folgen dann in Kürze die betr. Krankengeschichten.) B. richtet dann an die Collegen die Aufforderung, bei allen Infectionsprocessen, welche einer solchen Behandlung überhaupt zugänglich gemacht werden können, die Anwendung von Alcohol in Form von Verbänden oder Umschlägen oder in anderer geeigneter Form zu versuchen. Interessant wäre es z. B. zu prüfen, wie sich syphilitische Gummata unter Alcoholverbänden verhalten. B. macht dann noch auf eine Reihe anderer Affectionen aufmerksam, bei welchen der Alcohol in der gedachten Weise versucht werden könnte. Die überaus interessante Arbeit B.'s ist ganz besonders zum Nachlesen im Original zu empfehlen.

16) L. Weiss (Heidelberg): Exstirpation eines grossen retrobulbären Tumors nach der Krönlein'schen Operationsmethode mit Erhaltung der Sehkraft und mit guter Stellung und guter Beweglichkeit des Auges. — Es handelte sich um ein cavernöses Angium bei einem 32jährigen Patienten. Operationsmethode und Krankengeschichte werden eingehend wiedergegeben. Die Resultate waren die in der Ueberschrift angegebenen, waren mithin als sehr gute zu bezeichnen. Nach Erörterung der einschlägigen Literatur fasst W. die Indication der Krönlein'schen Operation in folgender Weise zusammen: Sie kommt bei allen Operationen in der Tiefe der Orbita in Betracht, bei welchen man die begründete Hoffnung hat, das Auge erhalten zu können. Die temporäre Resection der äusseren Orbitalwand wird einestheils aus diagnostischen Gründen gemacht, um einen klaren Einblick in die tieferen Theile der Orbita hinter dem Bulbus zu gewinnen und damit Kenntniss von dem Wesen einer krankhaften Veränderung daselbst, anderentheils will der Operateur damit ein freies, übersichtliches und leicht zugängliches Operationsfeld zu den tief in der Orbita gelegenen Gebilden zu gewinnen.

17)F. Fessel: Ueber das Verhalten des Brom im Thierkörper. (Aus dem pharmakol. Institut der Universität Würzburg.) — Die Resultate seiner Versuche zusammenfassend kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die toxische Wirkung der Bromsalze zeigt sich bei Katzen viel intensiver als bei Hunden. Doch zeigen auch Hunde ausgesprochenen Bromismus, wenn man ohne langsame Gewöhnung gleich mit grösseren Gaben beginnt und in kurzer Zeit grosse Mengen einverleibt. Die Ausscheidung des Brom bleibt Anfangs unverhältnissmässig hinter der Einfuhr zurück unter gleichzeitiger starker Kochsalzausscheidung. Sie steigt nur allmählich, bis sich der Organismus für die betreffende Gabe in das Bromgleichgewicht gebracht hat. Wird die Gabe erhöht, so geht auch wieder das Verhältniss: Ausfuhr Einfuhr zurück, bis abermals in langsamem Ansteigen ein Gleichgewichtszustand hergestellt ist. Die Capacität, wenn man so sagen darf, des Organismus ist also durchaus nicht von vornherein feststehend, sondern für verschieden grosse Gaben verschieden gross. Gleichzeitig in kleinen Gaben gereichtes Kochsalz scheint keinen bemerkenswerthen Einfluss zu üben. Dagegen vermag man durch grössere Gaben Kochsalz die Zeit der Ausscheidung erheblich zu verkürzen, was für die Therapie des Bromismus von Bedeutung

sein dürfte. Man wird bei Betrachtung dieser Verhältnisse dazu gedrängt, anzunehmen, dass für die ganze Retention und Ausscheidung des Brom das Gesetz der Massenwirkung maasgebend ist. Unter gewöhnlichen Bedingungen geht die Ausscheidung des Brom ausserordentlich langsam vor sich. Was endlich die Vertheilung des Brom im Organismus betrifft, d. i. die Angriffspunkte desselben, so findet sich nach dem jetzigen Stande der Versuche die Hauptmenge im Blut, wo es offenbar theilweise die Stelle des Kochsalzes einnimmt. Von den bisher untersuchten Organen scheint nur das Gehirn Brom aufzunehmen. Ob in der Schilddrüse Brom an Stelle des Jod tritt, müssen erst weitere Untersuchungen zeigen.

18) H. Schirokauer: Ein Fall von intermittirender Albuminurie. — Es handelt sich um ein 20jähriges Individuum, bei welchem seit 2 Jahren schon nach geringen körperlichen Anstrengungen von Zeit zu Zeit Albumen in Spuren auftritt. Jedesmal, wenn Albuminurie eintrat, kam nur der Tagesharn in Frage ,und war das Eiweiss in der Regel schon nach 3—4 Stunden geschwunden. Der Patient hat dabei keine subjective Beschwerden, abgesehen von leichtem Ziehen und grossem Schwächegefühl in der Lumbal- und Sacralgegend bei Gelegenheit der Eiweissausscheidung. Auch der objective Herzbefund ist ein normaler.

19) O. Küstner: Peritoneale Sepsis und Schock. (Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.) — K. ist durch seine Untersuchungen zu der Ansicht gekommen, dass nach gynaecologischen Abdominaloperationen plötzlich ein unglücklicher Ausgang eintreten kann, für welchen das bisher bekannte Symptomenbild der Peritonitis nicht passt, dass in den extremen Fällen der Tod ausschliesslich unter dem Bilde der Herzschwäche eintreten kann, und dass in derartigen Fällen dennoch eine deletäre Keimwirkung vom Peritoneum aus das Wahrscheinlichste ist. Folgerung: Weitere Schärfung der Sterilisationsmethoden der in Betracht kommenden Körperoberflächen, ganz besonders der Hände. Abstinenz gegenüber infectiöser Thätigkeit. Ausgiebiger Gebrauch der Gummihandschuhe bei infectiöser Thätigkeit. Während der Operation nicht aseptische, sondern antiseptische Principien gegenüber den Händen. Kritische Auswahl der assistirenden Hände. Beschränkung der assistirenden Hände auf die allernothwendigste Zahl.

20) E. Maiss: Zur Plastik nach Amputation einer carcinomatösen Mamma. (Aus der k. Frauenklinik zu Dresden.) — Verf. berichtet über zwei Fälle, die von Leopold nach der von Assaky in Bukarest angegebenen Methode operirt wurden. Der Erfolg in diesen beiden Fällen spricht entschieden für die von Assaky vorgeschlagene Operationsmethode. Die Heilung ging in überraschend kurzer Zeit vor sich. Der grosse Defect wurde gleich bei der ersten Operation völlig gedeckt, wodurch der Patientin ein weiterer Eingriff erspart blieb. Die Entstellung ist eher eine geringere als nach anderen Arten der Plastik.

21) R. O. Neumann: Ueber Soson, ein aus Fleisch hergestelltes Eiweisspräparat. (Aus dem hygien. Institut der Universität Würzburg.) — Soson stellt ein grau weissliches, äusserst fein pulverisirtes, wenig voluminöses, in Wasser unlösliches Präparat dar, welches von der Eiweiss- und Fleischextract-Compagnie Altona-Hamburg aus bestem

Fleisch hergestellt und in den Handel gebracht wird. In trockenem Zustande ist es absolut geruchlos, ebenso ist ein specifischer Geschmack bei Aufnahme von kleinen Mengen nicht zu bemerken. Mit consistenteren Vehikeln, wie Suppen, Chocolade u. s. w. lässt es sich leicht vermischen. Der Eiweissgehalt beträgt 92.5 Proc. Um die Brauchbarkeit des Präparates als Fleischersatzmittel darzuthun, stellte N. an sich selbst längere Stoffwechselversuche an, die er in ähnlicher Weise wie bei Versuchen mit Somatose, Nutrose und Tropon ausführte. Auf Grund dieser Untersuchungen kommt N. zu folgenden Schlüssen: 1. Soson ist im Stande, das Eiweiss des Fleisches und anderer Nahrungsmittel zu ersetzen. 2. Soson ist geschmacklos und kann auf die Dauer ohne Widerwillen genommen werden. 3. Soson stört das Allgemeinbefinden in keiner Weise. 4. Soson ist im Verhältniss zu seinem Eiweissgehalt billiger als Fleisch.

22) Wunderlich (Neudorf i. S.): Zur Anwendung von Orthoform. — Nachdem W. längere Zeit hindurch das Orthoform mit sehr gutem Erfolge angewandt hatte, stellten sich ihm plötzlich und rasch hintereinander 4 Misserfolge ein. In 3 Fällen trat ein lästiges Eczem resp. Dermatitis ein, in einem Falle feuchte Gangraen. Auffällig war es, dass das Orthoform nur in Salbenform und bei längerer, ununterbrochener Anwendung von den üblen, sogar gefährlichen Erscheinungen begleitet war, während es bei kürzerer Anwendungszeit und in der Pulverform niemals eine derartige Störung verursachte. W. ist der Ansicht, dass es sich mit dem Orthoform vielleicht ähnlich wie mit dem Phenol verhält, dass es dauernd und zu intensiv auf die Gefässnerven einwirkt, so dass diese ihren regulatorischen Einfluss auf die Gefässe völlig verlieren und so die Erythema, Eczeme und Gangraen direct verursachen.

23) A. Gottstein (Berlin): Die Vermehrung der rothen Blutkörperchen im Hochgebirge.

24) G. Schröder: Entgegnung auf Turban's Aufsatz: „Die Blutkörperchenzählung im Hochgebirge und die Meissen'sche Schlitzkammer", als weiterer Beitrag zur Klärung der Frage. — Diese und die vorhergehende Arbeit richten sich im Wesentlichen gegen den oben genannten Aufsatz von Turban und führen zu folgenden Schlusssätzen: 1. Die Zeiss-Thoma'sche Zählkammer ist vom äusseren Luftdruck abhängig. 2. Meissen's Schlitzkammer stellt eine Verbesserung von Zeiss-Thoma's Kammer dar, weil sie vom Luftdruck unabhängig ist.

Virchow's Archiv, 157. Heft 1 mit 3.

1) A. Albu und M. Koch: Klinisches und Anatomisches zur Lehre vom Magensaftfluss. — Die Verf. machten ihre Beobachtungen an einem schweren Fall von cerebraler Neurasthenie, die in Rücksicht auf die Anamnese, Pat. war in einer Druckerei beschäftigt, als die Folge einer chronischen Blausäureintoxication angesehen werden konnte, entstanden durch die Jahre lange hindurch erfolgte Einathmung von Cyangas bei der Handversilberung von Kupferplatten, eine Beschäftigung, bei welcher Cyankali in Substanz staubförmig verrieben wird. Die Section hat die Annahme eines chronischen Intoxicationsprocesses durch-

aus gestützt. Da bei dem Pat. ausgesprochener Magensaftfluss bestanden hatte, wurde eine genaue microscopische Untersuchung der Magenschleimhaut vorgenommen, die ergab, dass ein Fall von chronisch-intermittirendem Magensaftfluss mit anatomischem Substrat vorlag. Die anatomischen Veränderungen stellten sich theils als interstitielle, theils als parenchymatöse dar. Die ersteren kamen in einer Gastritis interstitialis atrophicans, die letzteren in einer Gastro-adenitis proliferans, d. h. Wucherung des Epithels der Drüsenschläuche, besonders in den unteren Abschnitten der Magenschleimhaut zum Ausdruck. Die beiderlei Veränderungen waren ziemlich gleichmässig stark in der Schleimhaut entwickelt und ausgebreitet, eher schienen noch die interstitiellen Veränderungen zu überwiegen.

2) A. Pappenheim: Vergleichende Untersuchungen über die elementare Zusammensetzung des rothen Knochenmarkes einiger Säugethiere. Nebst Bemerkungen zur Frage des ggenseitigen Verhältnisses der verschiedenen Leukocyten-Formen zu einander. — Die Hauptergebnisse der Untersuchungen lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: 1. In jedem Knochenmark finden sich Zellen, die sich morphologisch und tinctoriell völlig wie Lymphocyten verhalten, d. h. ein relativ schmales, basophiles alkalisches, granulationsloses Cytoplasma, und einen relativ grossen, runden Kern mit unregelmässigem Maschenwerk aufweisen. Diese Zellen kommen im Knochenmark als grosse und als kleine Lymphocyten vor; als kleine Lymphocyten in grösserer Menge, als dass sie als eingeschwemmt aus dem Blute gedacht werden können; als grosse Lymphocyten, welche im normalen Blute fehlen, können sie nur autochton im Knochenmark entstanden sein. 2. In jedem Knochenmark finden sich Zellen, die sich ihrem Plasma nach tinctoriell wie Lymphocyten verhalten, deren Kern aber deutlich flachere oder tiefere Einkerbungen aufweist, oder deren Plasma im Verhältniss zur Kerngrösse relativ breit entwickelt erscheint; diese Zellen sind als Entwicklungsstufen der Lymphocyten aufzufassen. 3. In jedem Knochenmark finden sich Zellen, die sich nach der Granulation, nach dem sonstigen tinctoriellen Verhalten ihres Plasma, und nach der Chromatinarmuth ihres Kerns als Markzellen aufweisen, deren Kern aber polymorph und eingebuchtet ist; ebenso lassen sich umgekehrt Zellen finden, die nach der Granulirung u. s. w. ihres Plasma als Leucocyten gedeutet werden müssen, deren Kern aber rund und nicht eingebuchtet ist. 4. In jedem normalen Knochenmark finden sich präformirt Megaloblasten. 5. Im embryonalen Mark kann man auf directe Uebergänge von basophilen Lymphocyten zu Erythrocyten, und zwar von grossen Lymphocyten zu Megaloblasten, von kleinen Lymphocyten zu Normoblasten schliessen. 6. Im embryonalen Mark ist ein Entstehen von eosinophilen Zellen aus Lymphocyten durch Uebergangsbilder, d. h. Entstehung von eosinophilen Granula in Lymphociten, mit Sicherheit zu verfolgen. 7. Die basophilen, granulationslosen Lymphocyten sind die primitivsten Art farbloser Zellen. Dafür kann angeführt werden ihre Granulationslosigkeit, ihr hauptsächliches Vorkommen als rundkernige, schmalleibige Gebilde, ihre Basophilie, ihre Verwandtschaft mit den wandernden, histiogenen Amoebocyten, ihre Differencirungsfähigkeit zu Hb-führenden

Erythrocyten, ihre Production von eosinophilen Granulis, schliesslich ihr vor anderen Zellarten überwiegendes Vorkommen gerade im embryonalen Mark und dem Mark niedrig im System stehender Thiere. 8. Die Cyanophilie der Granulationen ist ebenso, wie die Polychromatophilie der Erythrocyten, ein Ausdruck vom Vorhandensein relativ grosser Plastin-Micellen und weiterer intermiceller Räume, d. h. polychromatophile Erythrociten sind in ihrem Verhalten zu orangeophilen ebenso zu würdigen, wie z. B. indulinophile Granula zu eosinophilen, bezw. eosinophile Granula zu Hb. Polychromatophilie ist zwar zumeist Begleiterin der Jugendlichkeit der Zelle, aber kein Ausdruck derselben, da sie auch Begleiterin der Degeneration sein kann. Sie findet sich bei präformirter Hb.-Armuth jugendlicher Zellen, und ist der färberische Ausdruck dafür, dass eine basophil-cyanophile Grundsubstanz, in die das Hb eingebettet ist, in grössere Menge als das Hb innerhalb der Erythrocyten vorhanden ist, so dass letzteres wenig, hauptsächlich ersteres sich färbt.

3) E. Saalfeld (Berlin): Ein Beitrag zur Lehre von der Alopecia praematura. — Durch seine Versuche glaubte Lassar den unzweideutigen Beweis für den parasitären Character der Alopecia praematura erbracht zu haben. Die Haare von Alopecischen wurden mit Vaselin zu einer Salbe verrieben und auf Versuchsthiere, Kaninchen, Meerschweinchen, weisse Mäuse, vermittelst Borstenpinsels übertragen. Bei diesen Thieren wurde zum grössten Theil ein der menschlichen Alopecia pityrodes analoges Krankheitsbild erzeugt. Diese Versuche Lassar's nun unterzog S. einer experimentellen Nachprüfung und er versuchte ausserdem darüber Klarheit zu schaffen, ob und welche Krankheitserreger der Alopecia praematura nachzuweisen wären. Die Versuche zeigten, dass eine experimentelle Uebertragbarkeit des Haarausfalles, analog dem beim Menschen auftretenden Haarausfall nebst seiner Begleiterscheinung, der Schuppenbildung, in keinem einzigen Fall gelungen war. Eine leichtere Entfernbarkeit der Haare, bezw. atypischer Haarausfall kam mehrfach zu Stande, allein nicht bloss da, wo Haare als supponirte causa nocens in Frage kamen, sondern auch da, wo sie weggelassen, und nur ein indifferentes, nicht ranziges Fett verwendet wurde; ja noch mehr: der Haarausfall zeigte sich auch da, wo eine einmalige Hautreizung mit einem einfachen Borstenpinsel vorgenommen war. Bezüglich der bacteriologischen Untersuchung zeigte sich bei sechs Alopecischen fünfmal ein kleines, an den Ecken abgerundetes Stäbchen, ausserdem dreimal kleine Coccen, ferner zweimal dicke Stäbchen mit abgerundeten Ecken, und schliesslich einmal kleinste, breite Stäbchen. Diese Microorganismen konnte Verf. mit Bestimmtheit nicht in die bisher bekannten einreihen, hält es aber nicht für ausgeschlossen, dass sie zum Theil mit denen Unna's und Sabouraud's identisch sind.

4) J. Mies (Köln): Ueber die Masse, den Rauminhalt und die Dichte des Menschen. — Ueber die von Verf. angewandte Methode und die Ergebnisse von an 102 Personen gemachte Bestimmungen ist die Originalarbeit nachzusehen.

5) H. Ribbert (Zürich): Ueber Umbildungen an Zellen und Geweben. — R. sucht in der vorliegenden Arbeit, entsprechend seinen früheren Ausführungen, den Nachweis zu liefern, dass die Zellen unseres

Körpers die nach den herrschenden Anschauungen für die Tumorenentwicklung erforderlichen, principiellen Metamorphosen nicht eingehen können.

6) E. Storch: Ueber die pathologisch-anatomischen Vorgänge am Stützgerüst des Centralnervensystems. (Aus dem pathol. Institut der Universität Breslau.) — Die äusserst ausführliche und interessante Arbeit eignet sich nich zu einem kurzen Referat.

7) B. Morpurgo (Siena): Die Vita propria der Zellen des Periost. — Die Arbeit von B. Grohé (referirt in No. 5 ds. Jahrg. der Monatsschrift) hat M. veranlasst, ebefalls Untersuchungen in der gleichen Richtung anzustellen. Die Resultate von Grohé finden durch dieselben nicht nur eine Bestätigung, sondern auch eine bedeutende Erweiterung. Es geht daraus hervor: 1. Die Vita propria des bei niederer Temperatur ausserhalb des Organismus gehaltenen Periosts des Huhns kann bis nach 191 Stunden nachgewiesen werden (Neubildung von Knochengewebe). 2. Die äusserste Grenze der Lebensfähigkeit des bei einer Temperatur von 40°—41° G. im Tremostaten aseptisch und feucht erhaltenen Periosts dauert bis zu 100 Stunden. 3. Das Periost einer bei 15°. Temperatur gehaltenen Leiche, welches 168 Stunden nach dem Tode des Organismus überpflanzt wird, ist im Stande, Knorpel- und Knochengewebe zu erzeugen.

8) M. Jacoby (Berlin): Ueber die Oxydationsfermente der Leber. (Aus dem chemischen Laboratorium des pathol. Instituts zu Berlin.) — Die Arbeit ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

SITZUNGSBERICHTE.

Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft.

Montag den 2. Oktober 1899.

17 West 43. Str.

Präsident Dr. Hermann G. Klotz eröffnet die Sitzung 8¼ Uhr.

Secretär Dr. John A. Beuermann verliest das Protokoll der letzten Sitzung, welches genehmigt wird.

1. VORSTELLUNG VON PATIENTEN UND DEMONSTRATION VON PRAEPARATEN.

Dr. Carl Beck:

UEBER EINEN VERHAENGNISSVOLLEN RADIOGRAPHISCHEN IRRTHUM — MIT KRANKENVORSTELLUNG.

Welch unschätzbarer diagnostischer Werth den Röntgenstrahlen speciell für das Verständniss der Fracturen inne wohnt, ist wohl nach und nach selbst dem hartgesottensten Skeptiker klar geworden. Es ist wahr, dass trotz der sich immer mehr häufenden Erfahrung die Schattendeu-

tung im Allgemeinen noch vielfach anfechtbar ist; ein Umstand der von dem gar nicht gering anzuschlagenden Häuflein der Thomase nach Herzenslust ausgenützt wird.

Nun hat man sich aber gerade in puncto Fractur gewöhnt, dem Radiogramm eine entscheidende Bedeutung beizumessen und die Worte Faust's: „Mich plagen keine Scrupel noch Zweifel" — schienen sich bei dem Radiogramm, das man „getrost nach Hause tragen" könne, schönstens zu erfüllen. Dass aber auch hierin selbst bei vollem anatomischem Verständniss und vollendeter Technik ein ganz grober Irrthum nicht ausgeschlossen ist, beweist das eine der Radiogramme (No. 2), welches bei einer mit Sicherheit festgestellten Unterschenkelfractur jegliche Andeutung einer solchen vermissen lässt.

Der Ihnen hier vorstellige Patient, ein vierjähriger Junge, war am 1. August dieses Jahres beim Spielen auf der Strasse gegen eine Eisenkante gefallen. Er konnte nicht mehr aufstehen, zeigte auch grosse Schmerzen, so dass von einem der Passanten schon die Diagnose auf eine Fractur gestellt wurde. Pat. wurde alsbald nach dem St. Mark's Hospital übergeführt, wo ausser der Functionsstörung mässiger Schmerz in der Mitte des linken Unterschenkels constatirt wurde. Eine Niveaudifferenz, noch sonstige Deformität konnte nicht nachgewiesen werden; ebenso fehlte die Verkürzung und die typische Spitzfussstellung. Die Ihnen hier vorliegende Photographie (No. 1), welche am Tage nach der Verletzung angefertigt worden war, zeigt Ihnen, dass eine geringe und gleichmässige Schwellung des Unterschenkels vorhanden war. Abnorme Beweglichkeit oder Crepitus waren nur bei sehr rücksichtslosen Manipulationen wahrzunehmen gewesen.

Am Tage nach der Verletzung wurden zwei Radiogramme in verschiedenen Stellungen von mir angefertigt, und zwar das eine (Fig. 2), in der Rücken- und das andere (Fig. 4) in der Seitenlage. Zu meiner Ueberraschung zeigte Fig. 2, welche durch directe Bestrahlung von vorn nach hinten gewonnen war, auch nicht das geringste Zeichen einer Fractur, während Fig. 4, welches den von der Fibularseite her durchstrahlten Unterschenkel repräsentirt, das Vorhandensein einer Fractur als über allen Zweifel erhaben feststellt. Eine dritte Durchstrahlung (Fig. 3), welche in derselben Stellung wie Fig. 2 am fünften Tage nach der Verletzung vorgenommen worden war, ergab bei leichter Neigung fibularwärts ebenfalls das Vorhandensein der Schrägfractur. Es handelte sich also um einen typischen Schrägbruch in der Mitte der Tibia, wobei die Bruchlinie von vorn unten nach hinten oben läuft. Das obere, spitz zulaufende Fragment überragt das untere. (Studirt man Fig. 3 nicht ganz genau, so könnte man bei der Transparenz der dünneren Fragmentportion denken, das untere Stück überrage das obere.)

Eine Verschiebung nach der Seite war nicht eingetreten, wodurch es sich erklärt, dass eine Aufnahme bei welcher die Strahlen senkrecht auf die Längsaxe des Knochens fallen, die Bruchlinie nicht zur Anschauung bringt, da sie in der Mitte des Knochens verborgen bleibt.

Hätte ich nun, wie es ja meistens geschieht, nicht zwei verschiedene Aufnahmen gemacht, und wären die Manipulationen bei der ersten Untersuchung so gentil ausgeführt worden, als es sich von Rechtswegen

gebührt, so wäre die Fractur vielleicht übersehen worden. Und hätte man im Hinblick auf den Schmerz, die Schwellung und die Functionsstörung an die Möglichkeit einer Fractur gedacht, so würde man angesichts des Radiogramms No. 2, welches keine Fractur zeigt, das inquisitive Gewissen betäubt haben.

Hieraus ergiebt sich die Lehre, dass wir es zum Princip erheben müssen, stets zwei Aufnahmen in verschiedenen Positionen bei fracturverdächtigen Gliedern vorzunehmen, und selbst dann unsere Schlüsse nur im Verein mit allen anderen uns zu Gebote stehenden diagnostischen Hilfsmitteln zu ziehen.

Wenn wir bei der Deutung der Fracturenbilder schon so viel Vorsicht anwenden müssen, wie viel mehr sollen wir unserer Phantasie die Zügel anlegen, wenn es sich um Knochenerkrankungen, Fremdkörper, Concremente oder gar um pathologische Weichtheilsveränderungen handelt? (Untersuchung des Kindes.)

Dr. Max Einhorn demonstrirte 2 Fälle von Wanderleber und erwähnt behufs Einleitung einer Discussion die Hauptpunkte seines im Juni dieses Jahres gehaltenen Vortrags über die Wanderleber und ihre klinische Bedeutung (Foating Liver and its Clinical Significance, Med. Rec., Sept. 16, '99.). (Untersuchung der Patienten.)

Dr. Leonhard Weber: Ich erinnere mich im Momente aus meiner Praxis nur eines Falles von exquisiter Wanderleber, einer Frau von 70 Jahren, und zwar war der Zustand so ausgesprochen, dass die Leber ziemlich ganz in den Bauch gesunken, frei beweglich und deren scharfer Rand deutlich zu fühlen war. Klinisch sollten wir dies vom Tiefstand der Leber unterscheiden, unter welchen der eine vorgestellte Fall, bei dem die Milz auch tiefer steht, wohl zu rechnen wäre.

Dr. Alfred Meyer: Darin stimme ich Dr. Weber bei, dass von rechtswegen der eine vorgestellte Fall nicht zu den Wanderlebern gerechnet werden dürfte, da Patient eine ausgesprochene Skoliose und ein rechtsseitiges compensatorisches Emphysem mit Lebertiefstand darbietet, gerade so, wie man etwa eine Leber bei rechtsseitigem Pleuraerguss tiefstehend finden kann und sie doch deswegen kaum als Wanderleber klassificiren dürfte.

Dr. Max Einhorn (Schlusswort): Ich habe heute gerade diese zwei Patienten hergebracht, weil es bequem war. Ich habe auch in meinen Bemerkungen gesagt, dass dieeselben nicht Fälle hochgradiger Wanderleber sind. Die Wanderleber spielt in Bezug auf Terminologie ungefähr dieselbe Rolle wie Wanderniere. Vor vielen Jahren hat man als Wanderniere nur die Fälle angesehen, wo man die Niere ganz fühlen konnte, und zwar ohne Unterschied, ob der Patient tief einathmet oder nicht, d. h. eine Wanderniere, die wir jetzt als Wanderniere vierten Grads betrachten. Andere Fälle von Wanderniere, in denen man nur einen Theil der Niere fühlen konnte, wurden nicht als typische Fälle angesehen. Jetzt betrachtet man als Wanderniere solche Fälle, wenn die Niere der Palpation ganz oder theilweise zugänglich ist. Nun, dementsprechend habe ich auch den Ausdruck Wanderleber gebraucht, und ich bin nicht der einzige, der das thut. Als Wanderleber oder Wanderniere betrachtet man also eine Leber oder Niere, die ganz oder theilweise von ihrem ur-

sprünglichen Ort geschlüpft ist. Selbstverständlich giebt es nun auch hochgradige Fälle von Wanderleber, ebenso wie es hochgradige Fälle von Wanderniere giebt. Solche Fälle habe ich auch gesehen, und zwar öfter gesehen, aber sie sind nicht so häufig wie diejenigen Fälle, wo die Leber nur theilweise heruntergerückt ist. Aber in Bezug auf die Diagnose und Symptomatologie spielen die Fälle leichten Grades eine eben so wichtige Rolle, wie diejenigen schweren Grades, vielleicht noch mehr, weil man die Fälle leichter übersehen kann. Wenn Dr. Weber sagt, dass die Symptome der Patientin, die er beobachtet hat, ziemlich identisch waren mit denen dieser Patienten, so muss ich doch gestehen, dass, wenn man die Fälle nicht als Wanderleber betrachten sollte, auch die Behandlung wegfällt und die Patienten sich dann sehr schlecht fühlen würden. Wenn wir aber sehen, dass eine Binde ihnen etwas nützt, dann sollten wir die beiden Fälle identificiren, ob es nun ein hochgradiger Fall ist oder ob nur ein geringer Grad von Hepatoptose vorliegt.

Was Dr. Meyer in Bezug auf Skoliose sagt, so habe ich erwähnt, dass der Patient auch eine Rückenmarksskoliose hat, und dass seine Wanderleber höchst wahrscheinlich dieser Skoliose den Ursprung zu verdanken hat. Jedenfalls ist die Leber durch eine Krümmung der Wirbelsäule aus ihrem Platze verdrängt. Er hat eine Wanderleber, wenn auch nicht hochgradiger Natur. Emphyseme findet man ja auch, wenn die Leber herunterrutscht. Der Raum muss ausgefüllt werden, und die Lunge muss mehr oder weniger diesen Raum ausfüllen. Und es ist selbstverständlich, dass man da häufig etwas Emphysem findet, aber so bedeutend war der emphysematöse Zustand nicht bei diesem Patienten. Er hat keine Beschwerden seitens seiner Lunge. Die Fälle, wo durch ein Exsudat im Thoraxraum die Leber heruntergedrängt wird, werden im Grossen und Ganzen nicht als typische Wanderleber angesehen, weil hier etwas Bestimmtes da ist, was das Herunterrutschen der Leber verursacht hat und die Leber unten erhält. Wenn das Exsudat entfernt wird, wird die Leber wieder hoch kommen.

Dr. Leonard Weber:

DEMONSTRATION EINES PRAEPARATES VON SEKUNDAEREM PLEURAKREBS UND SOLITAEREM GALLENSTEIN MIT KURZER KRANKENGESCHICHTE.

Meine Herren: Dies ist das manubrium sterni, an dessen innerer Fläche ein Carcinom sitzt, und dies hier ein solitärer Gallenstein. Beide Präparate sind derselben Leiche entnommen. Frau M. C., 58 Jahre alt, war mir seit vielen Jahren bekannt, eine kleine, kräftige, dicke Frau, die immer sehr thätig war, die Mutter einer ganzen Anzahl gesunder Kinder. Die Familiengeschichte bietet nichts Ausserordentliches. Ich erinnere mich, dass ich vor ungefähr 25 Jahren einen Mammaabscess eröffnete, mit zwei ziemlich ausgiebigen Schnitten. Der Abscess heilte auch aus ohne besondere Schwierigkeit mit Retraction der Warze. Ich hatte von der Zeit an bis zum Jahre 1895 für die Patientin weiter nichts zu thun. Von 1895 bis 1897 war sie in meiner Behandlung wegen exquisiter, leichterer protrahirten Anfälle von Cholelithiasis ohne Icterus. Die Gallenblase konnte ich in diesen Anfällen, welche ohne Fieber, ohne Frost und

ohne Gallenfarbstoff auch im Urin einhergingen, niemals abtasten, obgleich die Gegend immer druckempfindlich war. Die Anfälle waren leichter Natur, dauerten zwei bis drei Wochen, und ich gewann von einem zum andern den Eindruck, dass es sich um die Anwesenheit eines wahrscheinlich grösseren Steines handelte, der von der Gallenblase ziemlich fest umschlossen, von Zeit zu Zeit diese pathologische Störung, diese Unruhe der Gallenblase mit leichten, schmerzhaften Contraktionen hervorrief. Die Behandlung war eine einfache, mehr symptomatische, und die Beobachtung dauerte ungefähr zwei Jahre, und von Ende 1897 bis zum Auftreten der Symptome der Krankheit, an welcher die Frau starb, blieb sie von Anfällen frei.

Im Sommer 1898 war sie wie gewöhnlich im Lande, kam Ende November zurück, und als ich Mitte December einen Besuch im Haus machte, sagte sie, es ginge ihr ganz gut, nur hätte sie seit einigen Wochen in der rechten Brustdrüse etwas Schmerz. Bei der Untersuchung sah ich zu meiner betrübenden Ueberraschung einen schon bedeutend gewachsenen Scirrhus, der die ganze rechte Brustdrüse betraf, die Achseldrüsen inficirt und wahrscheinlich Depositen in den unterliegenden Muskeln gemacht hatte. Vierzehn Tage darauf, am 10. Januar ds. Jahres, wurde die radikale Operation von Dr. Toreck mit vollständigem Erfolge ausgeführt. Es zeigte sich, so wie wir uns vorgestellt hatten, dass nicht nur die Achseldrüsen involvirt waren, sondern secundäre Depositen in die Muskeln hineinragten. Aber es wurde alles entfernt, die Heilung verlief glatt, die Frau erholte sich langsam; ein starkes Oedem am rechten Arm blieb bis zu ihrem Tode, aber der Arm wurde funktionsfähig. Sie hatte, das Oedem ausgenommen, wenig Beschwerden und befand sich bis zum ersten August ds. Jahres in ziemlich guter Verfassung. Da bekam sie plötzlich Dyspnoea, die anfangs unbedeutend, aber am 10. August bedeutender wurde und am 15. derartig, dass sie zu Bett ging, und zwischen dem 15. und 20. fand seitens des behandelnden Arztes — in einer Stadt im oberen Staat New York — eine Consultation mit einem Arzt aus Albany statt, und die Herren einigten sich auf die Anwesenheit rechter Pleuropneumonie, später auf pleuritisches Exsudat. Es wurde eine Hohlnadel eingestossen, aber nichts zu Tage gefördert. Am 29. August Abends kam ich in den Ort, wo die Patientin sich befand, und nach eingehender Untersuchung ergab sich eine Dämpfung über den ganzen rechten Thorax mit Ausnahme des vordern und hintern Spitzen. Mir schien die Diagnose sicher zu sein, dass es sich um ein Pleuraexsudat handelte. Die anwesenden Aerzte glaubten diese Ansicht nicht mehr festhalten zu können, weil die Punktion keine Flüssigkeit ergab. Das war ein Argument, gegen das man nichts sagen konnte. Die Patientin befand sich sehr elend, und der Puls war so schlecht, dass ich erst am nächsten Morgen aspiriren wollte. Zu unserer grossen Ueberraschung war die Patientin am Morgen des 30. August in jeder Beziehung besser, so weit das allgemeine Bild in Betracht kam. Sie hatte auf einmal guten Appetit, zeigte auch weniger Dyspnoea, weniger Cyanose, und so dachten wir an dies und das, Congestion der Lungen, an ein Infarkt, möglicher Weise an metastatische Krebswucherungen in den Bronchialdrüsen oder der Lunge selbst, und sahen keinen Grund ein,

weshalb wir nicht noch bis zum Abend zuwarten sollten. Da geschah es aber, dass sich um 10 Uhr Abends plötzlich Zeichen der Herzinsuffizienz einstellten, und zwei Stunden darauf war die Patientin todt. Sechs Stunden nach dem Tode machte ich die Autopsie selbst und fand, dass per contiguitatem durch die Lymphgefässe des Sternums zunächst sich ein Tumor entwickelt hatte an der innen Seite des Sternums, dass von da aus ähnlich dem äusseren Panzerkrebs 6 bis 7 Scirrhusknoten von unten und vorn nach oben und hinten um und an der Rippenpleura des rechten Thorax sich entlang zogen, und fand, wie ich mir dachte, den ganzen Thorax mit einer klaren gelben Flüssigkeit ausgefüllt und die rechte Lunge nach oben beinahe ganz comprimirt. Immerhin war sie noch ein bischen lufthaltig. In beiden Lungen war sonst nichts Abnormes.

Warum ist man nicht in den Thoraxraum gekommen? Bei Oeffnung der Bauchhöhle fand sich eine Leber, die in allen drei Lappen vergrössert war, und beim Einstechen in dem 5. Intercostalraum in der Axilarlinie wurde die Leber angestochen, aber nicht in den Thoraxraum eingedrungen. Ich dachte, von dem Standpunkt aus wäre es interessant den Fall mitzutheilen, dass man bei Untersuchung eines Falles, der so viele Zweifel darbiete, wie dieser, die äusserste Umsicht anwenden und sich mit einer einmaligen oder zweimaligen Punktion nicht zufriedenstellen sollte.

Den solitären Gallenstein habe ich deswegen gezeigt, weil es in einzelnen Fällen möglich ist, bei successiven sich lange hinziehenden Anfällen von Cholelithiasis sine ictero und unbedeutenden Erscheinungen in Bezug auf die Gallenblase, Abwesenheit von Fieber und entzündlichen Erscheinungen, die Diagnose doch so bestimmt zu stellen, wie ich sie gestellt hatte und wie die Section sie bestätigt hat.

Dr. Pfister demonstrirt mehrere in einem Appendix gefundene Fremdkörper.

Dr. Willy Meyer:

BOTTINI'S PROSTATA-CAUTERISATOR, VERBESSERT VON FREUDENBERG.

Meine Herren: Diejenigen von Ihnen, welche der Entwickelungsgeschichte der Bottini'schen Operation für die vergrösserte Prostata gefolgt sind, werden sich entsinnen, dass der Erfinder der Methode ursprünglich mit dem sog. Cauterisator arbeitete. Nachdem er mehrere Jahre seine Versuche damit auch bei vorgeschrittenen Krankheitsfällen gemacht, sah er ein, dass er mit demselben nicht immer zum Ziel kommen konnte. Er construirte dann den Prostata-Incisor, ein Instrument, das ich Ihnen in verbesserter Form vor zwei Jahren hier demonstrirte. Sie werden sich erinnern, dass die Operation während zweier Jahrzehnte nur von wenigen Chirurgen ausgeführt wurde, bis Dr. Freudenberg in Berlin auf die Idee kam, die Behandlung der Krankheit ernstlich aufzunehmen, dann das Instrument wesentlich vervollkommnete und damit die Operation in ihrer Ausführung auf eine aseptische Basis stellte. Bottini selber hat den Cauterisator niemals ganz verworfen, sondern erwähnt, dass er die Hypertrophie des seitlichen Lappens häufig noch mit

demselben behandelt hat. Er hat damit ferner guten Erfolg gesehen in der Behandlung von chronischer Spermatorrhoe und Prostatitis. Gerade bei letzterer Krankheit sieht man häufig nach Anwendung stärkerer chemischer Caustica wunderbare Erfolge. Die Patienten sind geheilt. Nicht selten aber kommen sie nach ein oder zwei Jahren wieder in die Office mit den alten Klagen. Gerade hier hat man das Verlangen, auf den erkrankten Blasenhals noch intensiver einzuwirken, ihn zu cauterisiren. Ich kann mir gut vorstellen, dass hier Bottini's Cauterisator häufig wirkliche Heilung bringen kann. Freudenberg hat es sich angelegen sein lassen, den Cauterisator nach Art des Incisors so zu verbessern, dass er gekocht werden kann. Irgend ein Instrument, das durch die Harnröhre in die Blase geführt werden muss und nicht sterilisirt werden kann, ist heute selbstredend bei chirurgischer Behandlung von Blasenkrankheiten nicht zu verwenden.

Wer mit Bottini's Incisor viel gearbeitet hat, kann sich dem Wunsch nicht verschliessen, dass wir alle diese Fälle früher in Behandlung bekommen sollten. Sehr viele von den Patienten haben vorgeschrittene Nierenkrankheit, chronische Sepsis etc. Meine Patienten haben mir häufig grosse Sorge gemacht. Bekommt man aber einen Anfangsfall in die Hand, so fragt man sich auch wieder, ist derselbe schon für den Incisor reif? Ich habe mit Freudenberg das Gefühl, solchen Patienten vorzuschlagen, sich mit dem Cauterisator behandeln zu lassen. Haben wir also Patienten mit Harnbeschwerden, Druckgefühl am Darme und leichtem Residualharn etc., so soll unsere Aufgabe sein, die beginnende Prostatahypertrophie mit dem Cystoskop festzustellen und nicht abzuwarten, bis sich schwerere Complicationen einstellen, sondern einfach mit dem Cauterisator diese unter Cocain so leicht auszuführende Operation, „die Versengung der Prostata", zu machen. Weitere Beschwerden und Complicationen könnnen dadurch voraussichtlich hintangehalten werden. Wenn nöthig, muss die Operation später wiederholt werden. Ich möchte Ihnen nun kurz zeigen, wie das Instrument construirt ist und wie es arbeitet. (Demonstration.)

2. VORTRAEGE.

Dr. C. H. Richard Jordan: Discussion über den in der Juni-Sitzung gehaltenen Vortrag: Fortschritt in der chirurgischen Behandlung der Ohreneiterungen (abgedruckt im Augustheft der „N. Y. Medicinischen Monatsschrift").

Dr. Emil Gruening: Ich habe den Aufsatz gelesen und möchte einige Bemerkungen dazu machen. Der Herr Vortragende führt in sehr eingehender Form vor, was von den Deutschen geleistet wurde, und giebt davon ein recht anschauliches Bild. Wenn er aber auf das zu sprechen kommt, was hier zu Lande geleistet wird, da ist er weniger glücklich. Was er gesagt hat, spricht jedenfalls nicht dafür, dass er die besten Otologen dieses Landes beobachtet hat. Es sind sicher hier in Aemrika in der Otologie Leistungen aufzuweisen, welche sich ganz gut mit dem vergleichen lassen, was in Europa geschieht.

Der Vortragende hat in der Einleitung gesagt, dass er sich darüber freue, dass jetzt die Otologie sich aus den Banden der Ophthalmologie

befreit hat. Aber warum soll sich denn ein Ophthalmologe oder ein Laryngologe nicht auch mit Otologie beschäftigen? Wenn ein Mann wie Dr. Knapp, ein Bürger zweier Welten, sich mit Otologie beschäftigt, so hat das der Otologie gewiss nichts geschadet. Es ist von dem Vortragenden gesagt worden, dass die von Schwarze aufgestellten Regeln für Incision des Trommelfells und Eröffnung des Warzenfortsatzes allgemein angenommen sind. Nur die Amerikaner schneiden ein Trommelfell immer zu spät und zu zaghaft an und eröffnen den Warzenfortsatz immer zu früh. Nun, meine Erfahrung, die Erfahrung von 30 Jahren, ist eine ganz andere. Ich finde, dass man von den Amerikanern sagen kann, was Bismarck von den Deutschen gesagt hat: Man setzt sie in den Sattel, und dann reiten sie. Ich gebe zu, dass die Amerikaner auf den deutschen otologischen Gaul gesetzt worden sind, aber sie reiten darauf und sind sattelfest. Ich komme mit den Mitgliedern der amerikanischen Otologischen Gesellschaft zusammen, weiss genau, was in diesen Kreisen vorgeht, und halte es für nothwendig, diesen Protest hier zu erheben, denn das so absprechende Urtheil des Vortragenden über die amerikanische Otologie ist durchaus falsch.

Dr. Max Toeplitz: Ich habe den Vortrag nicht persönlich mit angehört, habe ihn aber genau durchgelesen und finde, dass er in sehr übersichtlicher und hübscher Form geschrieben ist, und dass es dem Kollegen gelungen ist, in Kürze ein sehr gutes Bild von dem zu geben, was die moderne Ohrenheilkunde leistet. Im Einzelnen möchte ich einiges sprechen, was mir aufgefallen ist, und besonders zwei Punkte hervorheben, mit denen ich nicht vollständig einverstanden bin. Kollege Jordan theilt die Ohreneiterungen ein in: Tubeneiterungen, Paukeneiterungen und Warzenfortsatzeiterungen, und bei der Besprechung dieser drei Arten Eiterungen behauptet er, dass man bei genauer Untersuchung eine Warzenfortsatzeiterung bei chronischen Fällen diagnosticiren, und dass man eine Tubeneiterung direct von einer Paukeneiterung unterscheiden kann. Die Diagnose der Paukeneiterung berührt er weiter gar nicht. Ich habe mich mit diesem Gegenstand schon seit 15 Jahren beschäftigt, und muss gestehen, dass es sehr schwer ist, bei chronischer Eiterung zu bestimmen, ob die Eiterung im Warzenfortsatz ist oder nicht. Wir haben uns daran gewöhnt, die Adituseiterung von der Mittelohreiterung als solcher zu trennen, wie ich das in meinem Vortrag vor einem Jahre genau auseinandergesetzt habe, und dass diesen Adituseiterungen eine spezielle Bedeutung zuzuschreiben ist, da sie sehr häufig mit Warzenfortsatzeiterung verbunden sind. Es ist mir auch in verschiedenen Fällen gelungen, eine Warzenfortsatzeiterung zu diagnosticiren, und ich habe die radikale Operation dafür ausgeführt. Aber wie man eine Tubeneiterung allein diagnosticiren kann, ist mir unklar. Man kann sagen, dass eine Eiterung durch eine Tubenerkrankung unterhalten wird, dass aber eine Eiterung sich allein auf die Eustachische Röhre beschränkt, wird Niemandem, der sich mit der Anatomie des Mittelohrs befasst hat, möglich erscheinen.

Ein zweiter Punkt ist folgender: Dr. Jordan hat in seiner Auseindersetzung über Sinusthrombose bemerkt, dass die Unterbindung der Jugularis anscheinend von keiner grossen Bedeutung ist, dass es heute

noch eine Streitfrage sei, ob man unterbinden soll oder nicht, aber dass die Unterbindung als solche nicht sehr wichtig sei. Die Ansichten über die Jugularisunterbindung bei Sinusthrombose sind unter den Chirurgen und Otologen getheilt. Die Chirurgen waren früher immer für Unterbindung der Jugularis, die Otologen dagegen, und ich glaube aus dem Grunde, weil Ihnen die Jugularis-Unterbindung als ein zu grosser Eingriff erschien. Jetzt haben die Otologen die Jugularis viel mehr als früher zu unterbinden gelernt, und hierzulande ist sie schon in vielen Fällen unterbunden worden, und zwar sind diese Fälle glücklicher verlaufen, als diejenigen Fälle, in den sie nicht unterbunden worden ist. Ich stimme mit Dr. Jordan überein, dass man nicht alle Fälle zu unterbinden braucht. Fälle, wo man nur den Thrombus zu entfernen braucht; wenn man aber Fälle gesehen hat, wie ich in diesem Frühjahr, wo der Sinus vollkommen vereitert und die Jugularis ganz thrombosirt ist, so wird man gar nicht zögern, die Jugularis aufzusuchen und sie, wie es in dem Fall geschehen ist, da zu unterbinden, wo flüssiges Blut sich noch in der Jugularis findet, mit dem Gedanken, die Weiterführung von Eitererregern in das Blut aufzuhalten, obgleich das allerdings anatomisch nicht ganz absolut geschehen kann, durch Unterbindung der Jugularis aber doch ziemlich wirksam ausgeführt wird. Ich meine, dass die Unterbindung der Jugularis nicht den gesammten Fortschritt der Pyaemie hindert, aber doch zum grossen Theil die weitere Fortschwemmung pyämischen Materials in den Körper verhindert.

Dr. C. H. R. Jordan (Schlusswort): Ich bin im höchsten Maasse erstaunt, dass die harmlosen einleitenden Bemerkungen zu meinem Vortrage Dr. Gruening in eine solche Aufregung versetzt haben. Es widerstrebt mir, auf die rein persönlichen Angriffe zu antworten und ich bitte die anwesenden Herren, sich durch die Lectüre meines Vortrages oder wenigstens des incriminirten Passus davon zu überzeugen, dass nur ein Missverständniss Dr. Gruening dazuführen konnte, eine Sache zu vertheidigen, die keinerlei Vertheidigung bedarf. Mit dem Urtheil Dr. Grunening's über die amerikanischen Aerzte stimme ich vollkommen überein, soweit ich darüber zu urtheilen ein Recht habe. Dass jedoch gerade die Ohrenheilkunde im letzten Jahrzehnt in Europa und speciell in Deutschland schnellere Fortschritte gemacht hat, als in Amerika, wird wohl von der überwiegenden Mehrzahl der amerikanischen Ohrenärzte ohne weiteres zugegeben werden. Auch meine kurze, ganz nebensächliche Bemerkung über die unnatürliche Vereinigung von Ophthalmologie und Otologie in einer Specialität muss ich aufrecht erhalten. Natürlich ist es gar kein Zweifel, dass der Einzelne gleichzeitig ein ebenso guter Ohren- wie Augenarzt sein kann. Nichtsdestoweniger bleibt die Thatsache bestehen, dass die Ohrenheilkunde eine wissenschaftliche Disciplin und eine erfolgreiche Specialität nur dadurch geworden ist, dass sie sich von benachbarten Gebieten lostrennte und dass ihr eigene Hospitäler, Kliniken und Lehrfächer errichtet wurden. Die Trennung der Ohren- von der Augenheilkunde, die in Deutschland vollständig durchgeführt ist, hat auch hier in Amerika bereits starke Fortschritte gemacht. Und diese Trennung liegt gewiss im Interesse der Ohrenkranken.

Auf die Bemerkungen Dr. Toeplitz erwiedere ich, dass die moderne

Eintheilung der chron. Ohreiterungen in Pauken-, Tuben- und Warzeneiterungen deshalb werthvoll ist, weil sie den wesentlichen, die Chronicität bedingenden und therapeutisch anzugreifenden Sitz der Krankheit accentuirt. Die Nomenklatur, die von Jansen kommt, hat den Vorzug der Kürze, wenn sie auch sprachlich nicht einwandsfrei ist. Was die Unterbindung der Jugularis bei Sinusthrombose betrifft, so hat sie das, was man vielfach zur Heilung der otitischen Pyämie von ihr erwartet hat, nicht geleistet. Ueber die Indicationen sind die Ansichten der Otochirurgen noch so wenig übereinstimmend, dass eine Discussion darüber den Specialversammlungen vorbehalten werden sollte.

Dr. W. Freudenthal trägt einen kurzgefassten Auszug des in der Juni-Sitzung gehaltenen Vortrags vor: Ueber das Wesen der sogenannten Erkältungskrankheiten.

Discussion. Dr. A. Rose: Meine Herren. Ich verstehe nicht recht das Beispiel vom Schiff. Es ist bekannt, dass Leute, die fortwährend sich im Freien befinden, keine geschlossenen Räume bewohnen, frei von Erkältung sind. Dahin gehören die Förster und Schäfer, und wenn Dr. Freudenthal Gelegenheit hat, nachzusehen, so wird er finden, dass in dem amerikanischen Krieg, während die Soldaten nie in Ortschaften einquartirt waren, sondern sich jahrelang im Freien aufhielten, Erkältungskrankheiten nicht vorkamen; es ist wahr, bei einer Gelegenheit hatte ein ganzes Armee-Corps den Husten, obwohl die Bedingungen dieselben gewesen waren wie immer. Man kann ganz gut annehmen, dass hier eine Infection, aber keine Erkältung stattgefunden hatte. Es wäre interessant den Gegenstand in Bezug auf damalige Armeeverhältnisse zu finden. Das Beispiel vom Schiff scheint mir nicht hierher zu gehören, weil auf dem Schiffe die Menschen viel in geschlossenen Räumen sich aufhalten.

Dr. Henry Herbert: Ich vermisse leider in dem so ausgezeichneten Vortrag, den wir heute im Excerpt gehört haben, das Wichtigste in den Erkältungskrankheiten, nämlich die Pathologie derselben, eine terra incognita für den Mediciner. Um der Pathologie der Erkältungskrankheiten näher zu kommen, sollte man sich zuerst mit der Physiologie der Temperaturverhältnisse vertraut machen. Auf diesem Gebiete wurde Grossartiges geleistet, und die physiologische Grundlage der Hydrotherapie findet auch bei Erkältungskrankheiten volle Anwendung. Als Erkältungskrankheiten par excellence nehmen wir die Erkrankungen der Respirationsorgane an, mit denen sich Herr Dr. Freudenthal in seinem Vortrage hauptsächlich beschäftigt; ferner Krankheiten des Nervensystems, deren Erwähnung ich eben in dem Vortrage vermisse. Da ist eine sehr bedeutende Entdeckung von Weir-Mitchell gemacht worden, dass nach Erkältungskrankheiten in den betreffenden Nerven, die einer niederen Temperatur ausgesetzt waren, Haemorrhagien stattfanden, nachher ein Aufsaugen und Heilen mit Atrophie einzelner Nervenfasern. Das ist experimental nachgewiesen von Dr. Weir-Mitchell und anderen; das würde auch die sog. „Rheumatismen" erklären, die wir für Muskelrheumatismus oder auch für Neuralgie halten. Es ist bekannt, dass Myelitiden direct nach einer Erkältung auftreten ohne weitere Infection. Mir selbst sind zwei Fälle bekannt: einer aus der Wiener Klinik,

wo ein Soldat gezwungen wurde bei den Uebungen im Wasser zu liegen. Er lag auf dem Rücken oder auf der Seite, und nach einigen Tagen trat eine complete Myelitis auf, von der er sich nach mehreren Monaten erholte. Das zeigt eben, dass die Erkältung nicht nur die Cirkulationsorgane angreift, sondern das Nervensystem und vielleicht nur das Nervensystem allein und erst indirect durch das Nervensystem die Cirkulationsorgane. Dies ist ein wichtiges Moment, welches in der Pathologie der Erkältungskrankheit berücksichtigt werden muss.

Dr. A. Schapringer: Ich möchte zu der Bemerkung des Dr. Rose hinzufügen, dass im Laienpublikum, so viel ich aus den Gesprächen auf dem Dampfer entnehmen konnte, die Ansicht herrscht, dass auf dem Ocean keine Erkältungen stattfinden; man erkälte sich nicht, wie die Leute sagen „in the salt air." Nun habe ich aber selbst beobachtet, dass einige Leute doch vom zweiten oder dritten Tag an einen Bronchialcatarrh hatten, und ich habe mir die Sache auch so zurecht gelegt, wie Dr. Rose, dass nämlich auf diesen Oceandampfern eine grosse Menge, 500 bis 1000 Menschen, die frisch vom Lande kommen, mit allen möglichen Bacterien versehen, in ziemlich engen Räumen zusammengepfercht werden. Unter den Leuten, die wenig der Erkältung ausgesetzt sind, speciell auch nicht den sog. Augenerkältungen, möchte ich zu denen, die Dr. Rose angeführt hat, noch die Kutscher hinzufügen. Es ist auffallend, dass diese den sonst so häufigen Augencatarrh so gut wie nie bekommen.

Dr. S. A. Knopf: Ich möchte nur einen Punkt hervorheben. Nach meiner Erfahrung erkälten sich solche Leute am schnellsten, welche zuvor lang andauernde schwere Arbeiten verrichtet haben. Es scheint als wenn in diesem Zustande das ganze System schädlichen Einflüssen gegenüber wie pathogenen Microben oder plötzlichen Witterungsverhältnissen mehr empfänglich sei. In Betreff der Reformkleidung die uns Dr. Freudenthal empfiehlt kann ich nicht in Allem mit ihm übereinstimmen. Wenn man von Jugend auf daran gewöhnt ist barfuss einherzugehen, so mag das wohl nicht schädlich sein, selbst bei kaltem oder nassem Wetter. Ohne aber den Patienten dazu trainirt zu haben, möchte ich diese Mode nicht empfehlen. Dagegen stimme ich mit dem Herrn Collegen überein, wenn er für ein besser ventilirtes Schuhwerk eintritt.

Dr. Max Einhorn: Meine Herren. Ich glaube, diese Frage der Natur der Erkältungskrankheiten ist noch lange nicht entschieden, und sicherlich spielen da die Verhältnisse der Kältewirkung, auch wenn wir an eine Infection denken, eine grosse Rolle. Ich habe schon früher einmal erwähnt, dass ich einmal im Winter in Berlin genöthigt war, von der Charité aus ohne Ueberzieher nach Haus zu gehen, da derselbe gestohlen worden war. Es schneite ziemlich viel an dem Tag. Ich kam nach Haus und spürte nichts besonderes, als eben ein wenig Kälte. Aber am Abend desselben Tages bekam ich einen Rheumatismus, einen typischen Gelenkrheumatismus, und es dauerte 14 Tage, bis ich davon befreit war. Das weist doch direct auf die Kälteeinwirkung hin. Ich war ziemlich erhitzt, ging direct in die kalte Luft, und das hat mir wirklich geschadet. Dass da Bacterien mit eine Rolle gespielt haben, ist ja

möglich, aber die Hauptsache war doch der schnelle Temperaturwechsel. — Als ich Hausarzt im Deutschen Hospital war, habe ich einen Patienten gehabt, der im Winter in den Fluss gefallen war und davon eine acute Nephritis bekam. Er wurde zwar nach 14 Tagen wieder gesund, aber die Spuren der Erkältung sind noch lange zurückgeblieben. Das ist doch auch wieder ein typischer Fall, wo die Kälte direct eine Rolle gespielt hat. Nansen betonte allerdings in seinem Buch, dass seine Leute auf der Polarfahrt sich nicht erkälteten. Wenn man aber sein Buch genau durchliest, so kommt man an eine Stelle, wo er erzählt, dass er selbst einige Wochen hindurch stark an Rheumatismus litt, so dass er seine Beine nicht gebrauchen konnte. Das zeigt also, dass selbst in den Polarregionen gewisse Krankheiten existiren.

Dr. W. Freudenthal (Schlusswort): In Bezug auf die Bemerkungen des Herrn Dr. Rose und Dr. Schapringer möchte ich sagen, dass gerade dort, wo die Menschen im Zwischendeck zusammengepfercht sind, also alle mögliche Gelegenheit zur Infection gegeben ist, sehr wenig Infectionskrankheiten entstehen. Es sind meist die ganz kleinen Babies, die da Pneumonie bekommen, während die Erwachsenen sich nie erkälten. Was Dr. Herbert vorgebracht hat, war mir sehr interessant, und insbesondere waren mir die Experimente von Dr. Weir-Mitchell nicht bekannt. Dem was Dr. Knopf sagte, kann ich nicht beistimmen. Gerade ermüdete Menschen, wenn sie nicht geradezu erschöpft und heruntergekommen sind, können diese refrigeratorischen Insulte viel leichter ertragen. Ich will Ihnen als Pendant zu dem österreichischen Soldaten ein Beispiel erzählen aus der Zeit, als ich in Berlin diente. Wir wurden im Winter bei furchtbarer Kälte kommandirt im Drillichanzug auf dem Hofe zu exerciren. Aber kein Einziger erkältete sich, weil wir eben in Bewegung waren. Das passt wohl auch auf das, was Dr. Einhorn bemerkt hat.

Dr. A. Seibert:

ICHTHYOL IN DER SCHARLACHBEHANDLUNG.

Dr. Renner: Indem ich Ihrer Gesellschaft für die Einladung durch Herrn Dr. Seibert bestens danke, kann ich nur das alles bezeugen, was über die Behandlung bemerkt worden ist. Dieselbe frappirt ungeheuer, und wer die Behandlung nicht mit angesehen hat, kann gar nicht begreifen, welche Wirkung das Ichthyol auf die Zersetzung des Schleims hat und wie sich die schwergeprüfte Schleimhaut restaurirt. Wer diese Wirkung kennt, dem ist natürlich leicht geholfen. Aber schwer war es das auszufinden. Mein Kind war damals schwer krank und beinahe aufgegeben, und ich habe sein Leben nur dem Dr. Seibert zu verdanken, speciell seiner vortrefflichen Ichthyolbehandlung.

Dr. W. Freudenthal: Meine Erfahrung mit Ichthyoleinreibung bezieht sich nur auf einen Fall, und der betraf mein eigenes Kind, das Dr. Seibert so freundlich war zu behandeln. Der Fall fing mit einer Temperatur von 104 Grad und leichter Rachencomplication an. Das Kind bekam die Einreibungen, und der Fall verlief äusserst günstig ohne jede Complication, ein Resultat, über das ich mich gewiss nur freuen konnte.

Dr. Henry Herbert: Obwohl ich mich den therapeutischen

Erfolgen des Dr. Seibert gegenüber durchaus nicht skeptisch verhalten möchte, so möchte ich doch fragen, ob dieser Behandlung eine sog. Gegenprobe zu theil wurde. Es fiel mir auf, dass bei dieser Ichthyoleinreibung ein Moment in der Behandlung ausgelassen wurde, nämlich das Moment der Massage und der Einfluss der Salbe. Ein Hauptsymptom bei dieser Therapie sei doch das Aufhören des Juckens. Nun fragt es sich, ob das nicht allein durch Vaselin hervorgerufen sein könnte. Ferner ist der mechanische Reiz des Einreibens in der Behandlung auch nicht zu verkennen. Es ist bekannt, dass Massage oder irgend eine mechanische Reizung der Haut die Temperatur um 1 bis 2 Grad herunterbringen kann, und ich möchte also Herrn Dr. Seibert fragen, ob Versuche dieser Art angestellt wurden, und wenn nicht, wäre es doch interessant zu wissen, was auf Kosten der Massage und der Salbe kam und was auf Kosten des Ichthyols.

Dr. A. Ripperger: Ich möchte im Anschluss an den interessanten Vortrag des Herrn Dr. Seibert nur erwähnen, dass auch die Ichthyolbehandlung anscheinend einen sehr günstigen Einfluss auf Masern hat. Es findet sich in einer der ersten der diesjährigen Nummern der „Allgem. Wiener Medizinischen Zeitung" eine diesbezügliche Publication von Dr. Strisower. Derselbe benützt eine Salbe bestehend aus 30 gr. Ichthyol auf 90 gr. Axungia, die zweimal des Tags eingerieben wird, und er behauptet, dass, wenn die Behandlung dieser Art zu einer Zeit gleich im Beginne eingeleitet wird, wo das Exanthem noch auf die Rachenschleimhaut beschränkt ist, man einen völligen abortiven Verlauf damit erzielen kann. Es tritt dann kein Hautexanthem und auch kein Fieber auf. Wendet man das Ichthyol zu einer Zeit an, wo schon ein Hautexanthem vorhanden ist, dann fällt die Temperatur meist schon nach 1—2 Einreibungen ab. Das Exanthem lässt rasch nach, um bald genug zu verschwinden. Nach 4—5 Tagen tritt immer vollständige Heilung ein.

Präs. Dr. Hermann G. Klotz: Es hat mich sehr interessirt, diese Arbeit von Dr. Seibert zu hören, weil ich selbst seit einer Reihe von Jahren viel Ichthyol anwende und über die Wirkung desselben auf Dermatitis jeder Art vor einigen Jahren im „Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases" (XV. p. 462, 1897) Strong Solutions of the Ichthyol Group in Inflammatory Conditions of the Skin) einen Artikel veröffentlicht habe. Da habe ich unter Anderem auch vorgeschlagen, das Ichthyol bei Scharlach anzuwenden, und zwar in starker wässeriger Lösung, Ichthyol und Wasser zu gleichen Theilen. Diese bildet nach dem Eintrocknen eine Art Firnis, der nicht die Nachtheile des Collodiums hat. Die 50procentige Ichthyolmischung besitzt im hohen Maasse die entzündungswidrigen Eigenschaften, die Dr. Seibert seiner Einreibung zuschreibt, und es würde mich sehr interessiren, wenn er einmal damit den Versuch machen wollte, da wo irgend welche Gründe gegen die Anwendung von Fett vorliegen. Damit würde auch die Frage beantwortet werden können, die vorhin gestellt wurde, wie viel Einfluss der Einreibung der Fette selbst zuzuschreiben sei. Wir wissen ja, dass die Einreibung mit Speckschwarte oder Gänsefett seit langer Zeit als Volksmittel bei Scharlach angewendet werden, und ich glaube doch, dass allen solchen Volksmitteln schliesslich doch etwas Wahres auf Erfah-

rung begründetes zu Grunde liegt, wenn auch nicht immer wissenschaftlich erklärt. Es kommt bei dem Ichthyol jedenfalls ausser den antibacteriellen Wirkungen auch noch die demselben unzweifelhaft angehörende gefässcontrahirende Wirkung zur Geltung, und dieser ist wohl im Allgemeinen eine grössere Rolle zuzuschreiben, als es gewöhnlich geschieht. Es gilt das z. B. von der Borsäure, die ja nur schwache antiseptische Eigenschaften besitzt, aber doch in der Praxis manchmal ungemein grosse Wirkung entfaltet. Es wurde mir persönlich während der Discussion in einer anderen Gesellschaft mitgetheilt, dass ein Kollege, der eine grosse Erfahrung in Militärhospitalen gehabt hat, gerade bei Borsäure diese Wirkung beobachtet hat.

Dr. A. Seibert (Schlusswort): Die Bemerkungen des Herrn Präsidenten sind mir sehr interessant gewesen. Ich will nur erwähnen, dass mir selbstverständlich die Salbeneinreibungen, die hier seit Jahren von vielen amerikanischen Aerzten gemacht worden sind, bekannt sind. Ich erwähnte in meinem Vortrag, dass Curgeven und Priestly ähnliche Salbeneinreibungen mit Eucalyptus gemacht haben, aber sie haben diese Wirkung nicht gesehen, denn sie betonen ausdrücklich, dass sie keine Temperaturherabsetzung dadurch erzielt haben, und gerade darum handelt es sich. — Was Dr. Ripperger erwähnt, bezüglich der Masern, so kann ich erwidern, dass ich vor 4 Jahren schon in einem Artikel in den „Archives of Pediatrics", im September 1895, über Ichthyoleinreibungen bei Masern berichtet habe. — Die Arbeit des Herrn Präsidenten werde ich mir genauer ansehen, und möglicher Weise in der Richtung Versuche machen. Es thut mir leid, dass in der Discussion gerade auf den Punkt am wenigsten Gewicht gelegt ist, der mich am meisten interessirt, nämlich die Wirkung der wässerigen Ichthyollösung auf die Streptococceninvasion des Rachens beim Scharlach, die unter allen Umständen sicher ist. So sehr bin ich von dem Werth dieses Mittels beim Scharlach überzeugt worden, dass ich jetzt an jeden neuen Fall fast mit derselben Gelassenheit herantrete, als wie an einen frischen Fall von bacillärer Diphtherie.

Präs. Dr. Hermann G. Klotz: Es liegt hier ein Brief von Frau Dr. Anna W. Williams vor, welche ihre Resignation einreicht.

Die Versammlung beschliesst, die Resignation anzunehmen.

Präs. Dr. Hermann G. Klotz: Als Mitglieder sind vorgeschlagen die Herren Dr. John Hoch, 162 E. 64. Strasse, von Dr. J. W. Gleitsmann; Dr. S. Basch, 1695 Madison Ave., von Dr. Willy Meyer, und Dr. Alois Maria Renner, 217 E. 72. Strasse, von Dr. E. Pisko.

Schluss und Vertagung nach elf Uhr.

Dr. John A. Beuermann, Prot. Secretär

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 22. September 1899.

Vorsitzender: Dr. Gruening.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1) Dr. A. Jacobi: Dieses Kind hier ist 7 Monate alt und wurde bis vor 3 Monaten an der Brust genährt. Vor 2½ Monaten beobachtete die Mutter, dass das Kind mehr schrie wie sonst, besonders wenn man seine rechte untere Extremität anrührte. Ferner konnte eine Schwellung oberhalb des rechten Knies bemerkt werden. Vor 6 Wochen wurde eine ähnliche Schwellung an der rechten Tibia beobachtet. Das Berühren der geschwollenen Stellen verursachte dem Kinde Schmerzen; bei antirachitischer Behandlung nahmen die Schwellungen ab. Es handelte sich um Infractionen des Ober- und Unterschenkels. Das Auffallende ist, dass diese Infractionen der langen Knochen das einzige sichtbare Zeichen von Rachitis bei dem Kinde sind. Die Epiphysen haben gar nicht gelitten.

Discussion. Dr. Klotz: Es wäre mir interessant, zu hören, wie die Entstehung der Infraction bei einem so kleinen Kinde zu erklären ist, ob man vielleicht die Muskelthätigkeit dafür verantwortlich machen kann. — Dr. A. Jacobi: Wenn man mit Sicherheit sagen könnte, dass keine Belastung oder kein Trauma stattgefunden hat, dann natürlich könnte man nur den Muskelzug verantwortlich machen. Aber bei den Versuchen, die die Mütter machen, um die Kinder zum Stehen zu bringen, kann leicht die Belastung zu schwer werden. Dazu kommt noch, dass öfters die Kinder auf ein und demselben Arme, meistens auf dem rechten, getragen werden; dabei ist der linke Schenkel am besten unterstützt und geschützt, während bei dem rechten Schenkel jeder Druck im Stande sein wird, den erweichten Knochen in der genannten Weise abzuknicken. — Dr. Moschcowitz: Wann und zu welcher Zeit hat Dr. Jacobi diesen Fall gesehen? — Dr. A. Jacobi: Heute Abend. — Dr. Moschcowitz: Dann ist es, wie ich glaube, ausserordentlich schwierig, die Diagnose zu stellen, namentlich, wenn ausser einer Verdickung des Knochens kein anderes Symptom wie abnorme Motilität und Crepitation vorhanden ist. Man könnte dann leicht auch an eine andere Diagnose denken, nämlich an Periostitis. — Dr. A. Jacobi: Aus der Anamnese ersehen wir, dass die Schwellungen nicht gleichzeitig auftraten; die Geschwulst an der Tibia enstand etwa 6 Wochen später wie die am Oberschenkel. — Dr. Gruening: Ich möchte auch fragen, warum eine Infraction angenommen wird, wenn eine Schwellung am Knochen auftritt. — Dr. A. Jacobi: Es ist doch sehr unwahrscheinlich, dass ein vollkommener Bruch bestanden hat, der von den Aerzten, die das Kind damals beobachtet haben, nicht gesehen worden sein soll. — Dr. Rose: Ich möchte vorschlagen, die Diagnose mitttels Röntgenstrahlen zu vervollständigen. — Dr. A. Jacobi: Ich hatte zu-

erst beabsichtigt, den Fall heute Abend mit Hülfe der Röntgenstrahlen zu demonstriren, allein er schien mir so einfach und der Art zu sein, dass man an gar nichts anderes denken könnte, als an eine Infraction der Knochen.

2) Dr. A. Jacobi: Dieses Kind ist 3 Jahre und 4 Monate alt und wurde wegen eines stark geschwollenen Präputiums in die Klinik gebracht. Es besteht kein Schmerz und auch kein Ausfluss aus der Urethra, das Uriniren ist nicht behindert. Der Zustand besteht seit 14 Tagen. Aetiologisch mag wichtig sein, dass die Tante des Kindes hier angiebt, die Krankheit komme von Masturbation her. Auch jetzt noch, wo doch entschieden Schmerzen damit verknüpft sein müssen, wird der Junge beim Masturbiren betroffen. Das Präputium ist nicht mehr so sehr geschwollen wie es war. Der hier vorhandene Substanzverlust ist wahrscheinlich die Folge einer örtlichen Gangrän. Es handelt sich also um ein Paraphimose.

Discussion. Dr. Klotz: Ich würde das Kind operiren und damit wahrscheinlich zugleich auch die Ursache der Masturbation entfernen. Bei dieser Gelegenheit möchte ich erwähnen, dass die bequemste Methode für die Paraphimoseoperation nicht, wie gewöhnlich, die Längsspaltung, sondern die ringförmige Entfernung des Präputiums ist. — Dr. A. Jacobi: Ich möchte glauben, dass wenn man einfach das umschnürende Band durchtrennt, wahrscheinlich nach einigen Tagen die Entfernung der ganzen Vorhaut viel einfacher ist, nachdem die Geschwulst abgenommen hat. — Dr. Klotz: Es dauert sehr lange, bis die Schwellung zurück geht. — Dr. A. Jacobi: Mir scheint auch die Operation dringend nothwendig zu sein, und ich werde dieselbe Morgen vornehmen. — Dr. Moschowitz: Es wäre vielleicht von Interesse, eine Methode kennen zu lernen, die ich öfters anwende, um bei einem so kleinen Kinde einen Verband am Penis anzulegen. Ich benutze dazu immer sterilisirten Lint, der um den Penis herumgelegt und mit einigen Nähten befestigt wird. — Dr. Klotz: Die Verbände werden bei einem so kleinen Kinde immer nass und müssen öfters erneuert werden. Ich habe früher mit Erfolg einen Gelatine-Verband benutzt.

3) Dr. A. Jacobi: Die Frau hier hat ein 5 Jahre altes Mädchen und einen 3jährigen Jungen. Das Mädchen wurde seit dem 3. Monat mit der Flasche aufgezogen und lernte mit 12 Monaten gehen. Der Junge wurde, bis er 20 Monate alt war, mit der Brust aufgezogen und soll mit 11 Monaten das Gehen erlernt haben. Das Kind, das Sie hier sehen, war ausgetragen, als es geboren wurde und soll wohl gewesen sein, bis es 9 Monate alt wurde. Dann bekam es eine croupöse Pneumonie, war 10 Tage krank und hat seit dieser Zeit öfters Convulsionen. Das Kind war niemals im Stande, aufrecht zu sitzen. Es ist jetzt 13 Monate alt und hat noch keine Zähne. Es hat einmal einen Anfall von Diarrhoe gehabt und es liegt viel mit offenem Munde da. Wenn es tief schläft, schnarcht es, und dann tritt die Zunge aus dem Munde heraus. Vier Finger der linken Hand sind nicht normal; der kleine Finger hat keinen Nagel und die drei nächsten Finger haben nur eine Phalanx und an Stelle des Nagels nur einen kleinen Aufsatz. Der Kopf ist ziemlich normal entwickelt,

die Fontanellen sind etwas grösser als normal. Die Zunge ist gross. Die Fortsätze des Oberkiefers scheinen kurz und wenig entwickelt zu sein. Die Thymus ist gross, besonders wenn man das Kind vorn überneigt. Das Herz ist aussergewöhnlich klein, schlägt in der Regel langsam. Die Herztöne sind nicht rein. Ich wäre geneigt, diese unreinen Töne auf einen Klappenfehler zu beziehen, wenn es sich nicht herausstellte, dass das Herz ungewöhnlich klein ist. Es handelt sich also um ein congenital kleines Herz und um ein schwaches Myocardium, welches die Ursache ist, dass die Herztöne nicht rein sind und die Herzbewegung ungewöhnlich langsam ist. Die Frage ist nun die, wie diese Missbildung an den Fingern zu Stande gekommen ist. Es sind nur zwei Erklärungen möglich. Die eine würde ein intrauterines Symptom durch Amnionfäden sein, die andere würde eine wirkliche Hemmungsbildung annehmen lassen. Gegen eine Abschnürung durch Amnionfäden spricht der Umstand, dass sich an dem Kinde nirgends sonst Einschnürungen befinden. Es handelt sich sicher um einen gelinden Grad von angeborenem Cretinismus. Die Fälle von abnormer Kleinheit des Herzens sind um so auffallender, weil das Herz bei den Neugeborenen im Verhältniss zur Körpergrösse entschieden gross ist.

Discussion. Dr. Ewald: Es lässt sich die Möglichkeit einer intrauterinen Abschnürung nicht so ohne Weiteres von der Hand weisen, da dieselbe auch an mehreren Gliedern vorkommen. Dieselben werden gewöhnlich durch geringe Quantität von Fruchtwasser verursacht, dann auch durch intrauterine Ernährungsstörungen. — Dr. Mannheimer: Was ist die klinische Bedeutung und wie kommt es, dass man die Thymus besser im Liegen wie im Stehen percutiren kann? — Dr. A. Jacobi: Die Thymus legt sich beim Vornüberbeugen nahe an die Brustwand an und giebt grössere Dämpfung. Die vergrösserte Thymus gehört zu dem Bilde des Cretinismus.

4) Dr. A. Jacobi: Dieser Junge hier ist 14 Jahre alt. Im März fiel es auf, dass er sehr viel ass und trank und auch des Nachts behufs Urinirens aufstehen musste. Er wog damals 95 Pfund, jetzt wiegt er noch 84 Pfund. Die Familiengeschichte ist folgende: Der Vater ist gesund, die Mutter starb an Nephritis. Von Herz- oder Nervenkrankheiten war in der Familie nichts vorhanden. Der Junge hat nie ein Trauma erlitten. Leber und Pankreas scheinen bei ihm gesund zu sein. Im Alter von 3 Jahren hatte er die Masern, mit 8 Jahren Pertussis. Die grösste Quantität Urin, die gemessen wurde, betrug über 8 Pint. Specifisches Gewicht des Urins ist 1032, Zuckergehalt 8 Prozent, Eiweiss 0,3 Prozent. Es finden sich in dem Urin Epithelien, einige wenige Leucocyten, granulirte und hyaline Cylinder. Die Lungen sind nicht afficirt. Die Prognose ist ungünstig. In aetiologischer Beziehung ist nichts zu eruiren.

Discussion. Dr. Gruening: Wie ist bei Diabetes die Prognose bei Patienten im Alter von 14—20 Jahren? — Dr. A. Jacobi: Sie ist ebenfalls sehr ungünstig, wenn auch nicht so schlecht wie bei kleinen Kindern. Je älter der Patient ist, desto besser ist die Prognose. Ich möchte wissen, ob keiner der Herrn Erfahrungen hat über das plötzliche

Entstehen und Verschwinden des Diabetes infolge von Schreck oder Trauma. Mir ist der Fall bekannt, dass ein Diabetiker, der für gewöhnlich sehr viel Zucker im Urin hatte, plötzlich sehr heftig erschrak; am nächsten Tage war der Zucker im Urin verschwunden und kehrte vor 6 Monaten nicht wieder zurück. Ein anderer Fall betrifft einen Jungen von 14 Jahren, der an Diabetes und zu gleicher Zeit noch an Krämpfen litt; als der Junge eines Tages einen Schreck bekam, verschwand sowohl der Zucker als auch blieben die Krämpfe weg. Der Junge ist jetzt vollkommen frei von Zucker wie von Krämpfen. — Dr. Balser: Ich behandele seit Jahren eine an Diabetes leidende Patientin, die durchschnittlich 1½—2 Prozent Zucker im Urin hat. Ungefähr vor 3 Monaten bekam die Frau einen heftigen Schrecken und seit dieser Zeit habe ich keine Spur von Zucker mehr in ihrem Urin gefunden. Ich hatte dieser Patientin Pillulae Myrtilli gegeben, und ich dachte mir damals, diese Pillen seien Schuld an dem Verschwinden des Zuckers gewesen. — Dr. Gruening: Dieses interessante Factum könnte ja vielleicht therapeutisch verwerthet werden. — Dr. Mannheimer: Ich habe von mehreren Fällen gelesen, in denen die Glycosurie nach Gemüthsbewegungen verschwunden ist.

VORZEIGEN VON PRAEPARATEN.

Dr. A. Jacobi: Diese Haare und Wollfäden waren im Stuhle eines 5monatlichen Babys gefunden worden, das in den letzten 2 Monaten immer sehr viel schrie. Die Haare sind sehr fein und von rother, schwarzer, weisser und blonder Farbe. Solche Haare wurden auch im Munde des Kindes gefunden. Es handelt sich um nichts anderes, als um das Verschlucken derartiger Haare durch das Kind.

Discussion. Dr. Rose: Wie lange derartige Fremdkörper im Darmcanal verweilen können, davon konnte ich mich vor nicht langer Zeit bei einer Section überzeugen, welcher anzuwohnen ich Gelegenheit hatte. Es fand sich in dem Darm eines Mannes ein Stück Pferdehuf. Da constatirt wurde, dass der Mann seiner Zeit die Belagerung von Paris mitgemacht hatte, konnte man annehmen, dass seit dieser Zeit sich das Stück Pferdehuf in dem Darme des Mannes befand. — Dr. Ripperger: Ich möchte fragen, ob festgestellt ist, dass die Mannschaften vor Paris mit Pferdehufen genährt wurden. Wenn nicht, ist der Zusammenhang zwischen dem Pferdehuf im Darme des betr. Mannes und der Belagerung von Paris ein sehr zweifelhafter. Ich erinnere mich eines anderen Falles, der hierher gehört. Im pathologischen Institut zu München sah ich im Jahre 1890 eine sogen. Haargeschwulst, die nicht nur den stark erweiterten Magen, sondern auch noch das übermässig ausgedehnte Duodenum vollständig ausfüllte. Der Magen fühlte sich an wie ein straff ausgefülltes Haarkissen. Das Präparat stammte von einem 16jährigen Mädchen, das schon als 4jähriges Kind die Gewohnheit hatte, sich die Haare auszureissen und in den Mund zu stecken. Das Mädchen war zuerst an den Symptomen eines Magencatarrhs erkrankt, konnte später kaum mehr die geringsten Quantitäten flüssiger Nahrung hinunterbringen und ging schliessich an Inanition zu Grunde. Der Fall wurde später von Prof.

Bollinger in der Münchener Med. Wochenschrift*) publicirt. Er scheint mir insofern von besonderem Interesse zu sein, als er zeigt, welche gefährlichen Folgen derartige Unarten der Kinder haben können und wie wichtig es ist, ihnen dieselben rechtzeitig abzugewöhnen.

Ripperger, Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Die Beseitigung von Gichtknoten durch Einspritzen von Piperazin. Geofredi (Gazette degli Ospedali, 20. August 1899) berichtet über einen Fall von Gicht, bei welchem er mit sehr gutem Erfolg Piperazininjectionen zur Beseitigung von Uratablagerungen in der Sehnenscheide des Peroneus longus angewandt hatte. Bei dem innerlichen Gebrauche von Piperazin besserte sich zwar der Allgemeinzustand des Pat., allein diese Behandlungsweise hatte auf die Tophi keinen Einfluss. G. machte dann 10 Injectionen in die Gichtknoten selbst, jede 1 Spritze bestehend aus 8 Minims destillirten Wassers und 5-6 Gran Piperazin. Die erste Einspritzung war von leichtem Brennen gefolgt, das durch Application von Eis beseitigt wurde: bei den nachfolgenden Injectionen wurde die Einstichsstelle zuerst mit dem Aetherspray behandelt und so jeder Schmerz vermieden. Durch diese Injectionscur verschwanden die Knoten vollkommen. G. spricht die Hoffnung aus, dass in ähnlicher Weise auch andere Affectionen der Gelenke günstig beeinflusst werden könnten, vorausgesetzt, dass die Injectionen unter streng aseptischen Cautelen vorgenommen würden. (Ref. in Philadelphia Med. Jorun., 28. October 1899.)

— Schlaflosigkeit als Folge Compensationstsörung bei Mitralinsufficienz. Bei diesem Leiden sind Mittel, die im Stande sind, Schlaf herbeizuführen oder nervöse Angstzustände zu beseitigen, von grosser Wichtigkeit. In manchen Fällen ist das stets harmlose Chloralamid von Nutzen; man kann es in Dosen von 20—50 Gran entweder in Oblaten oder in schwach alcoholischen Lösungen geben. Ein anderes ungefährliches Mittel ist das Urethan, welches sich in Wasser leicht löst, in diesen Lösungen einen zwar salzigen, aber keineswegs unangenehmen Geschmack hat. In Gaben von 15—20 Gran zur Zeit des Schlafengehens gereicht verursacht es einen ruhigen, natürlichen Schlaf, der in schweren Fällen von Herzschwäche länger als 5 Stunden dauert. Eine stärkere Wirkung übt das Paraldehyd aus. Es kann in Dosen von 30—90 Minims entweder in verdünnten Syrups oder in Capseln (zu 40 Minims) gegeben werden. Es hat einen unangenehmen Geschmack. In sehr vielen Fällen von Dyspnoe und Schlaflosigkeit wirkt am besten das Morphium, wenn subcutan verabreicht. (Sansom in Allbut's System of Medicine. Ref. in Philad. Med. Journ., 23. September 1899.)

---

*) Jahrgang 189[illegible] No. 22.

— Gude's Pepto-Mangan bei Chlorosis. In einer längeren Arbeit über unregelmässige Menstruation infolge von Bleichsucht (Vermont Medical Monthly) weist E. Lewis auf die Vorzüge der Chlorosebehandlung mit Gude's Pepto-Mangan hin, die nach seiner Ansicht geradezu eine ideale zu nennen ist. Bei einem 17jährigen Mädchen, das nie regelmässig menstruirt hatte und bei welchem zur Zeit, in der sie L. zum ersten Male sah, die Menses seit 2 Monaten gänzlich cessirt hatten, trat schon nach 15tägigem Gebrauche von Pepto-Mangan die Menstruation ein. Die Behandlung wurde fortgesetzt, und nach 29 Tagen mensturirte Pat. abermals. Nach 55tägigem Gebrauch wurde das Pepto-Mangan ausgesetzt. Pat. mensturirt nunmehr nicht nur sehr regelmässig, sondern auch das Allgemeinbefinden hat sich bedeutend gebessert, indem die vorher in hohem Grade vorhanden gewesenen Bleichsuchtssymptome gänzlich verschwanden. Bei einem ähnlichen Falle, 20jährige Patientin, erzielte L. das gleiche Resultat schon nach 36tägiger Anwendung des Mittels. In einem 3. Falle handelte es sich um eine 14jährige Schülerin, die schon seit 2 Jahren mit Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Kurzathmigkeit und Ohnmachtsanfällen behaftet war. Sie hatte 7½ Monate zuvor ein einziges Mal menstruirt, seidem nicht mehr. Pat. nahm 56 Tage hindurch Pepto-Mangan und alle Symptome schwanden; 21 Tage nach Beginn der Behandlung traten die Menses ein und kehrten seitdem in regelmässigen Intervallen wieder. Eine andere, 18jährige Patientin hatte noch niemals menstruirt. L. verordnete ihr Gude's Pepto-Mangan theelöffelweise nach der Mahlzeit und am 32. Tage nach Beginn der Behandlung traten die ersten Menses ein, hielten eine Woche an und kehrten nach 29 Tagen wieder. Pat. befindet sich zur Zeit der Abfassung der Arbeit noch in Behandlung des Verf. Ihr Allgemeinbefinden hat sich sehr gebessert.

— Die Argentaminbehandlung der Leucorrhoe. Unter dieser Ueberschrift veröffentlicht A. Cipriani (San-Andrea-Frius, Sardinien) eine Arbeit in den Monatsberichten über die Gesammtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten der Harn- und Sexual-Apparate (Bd. IV., No. 7, 1899). Er brachte das Argentamin in 29 Fällen von Leucorrhoe verschiedenen Ursprunges in Anwendung, und zwar, je nach dem zu erstrebenden Ziele, brauchte er Lösungen von verschiedenem Concentrationsgrade. Bei einfachen Spülungen der Scheide wandte er Lösungen von 1:5000 oder 1:4000 an, behufs Desinfection aber stärkere: 1:3000, 1:2000 und 1:1000. Bei der einfachen Leucorrhoe, welche von einer Entzündung der Vagina verursacht war, brachten die Irrigationen von Argentaminlösungen im Concentrationsgrade von 1:1000 im Verein mit einer kräftigen Diät in neun Fällen vollständige Heilung zu Stande. Insbesondere aber bei der schleimig-eitrigen und eitrigen Leucorrhoe, welche bei kleinen Mädchen so oft vorkommt, hat das Argentamin alle Erwartungen übertroffen. Sechs von Gonococcenleucorrhoe wurden durch diese Behandlung sehr rasch zur vollkommenen Heilung gebracht. C. hält die Argamentinbehandlung bei folgenden krankhaften Processen für indicirt: 1. Bei sämmtlichen Fällen von Leucorrhoe, welche durch eine Gonococceninfection verursacht sind. 2. Bei den Fällen von Vaginal-, Cervical- und Uterincatarrhen, welche mit schleimiger, schleimig-eitriger oder rein eit-

riger Secretion einhergehen und sowohl bei kleinen Mädchen, als bei Frauen vorkommen. 3. Bei den Ausflüssen, welche von bösartigen Geschwülsten des Genitalapparates abhängig sind. In diesen Fällen, wiewohl das Argentamin keine directe Wirkung auf das Wesen der Krankheit selbst ausübt, erleichtert es doch die Beschwerden der Kranken wesentlich.

Kleine Mittheilungen.

— Deutsche Medicinische Gesellschaft der Stadt Cleveland, O. In der Jahresversammlung der Deutschen Medicinischen Versammlung der Stadt Cleveland wurden folgende Herren zu Beamten für das neue Vereinsjahr gewählt: Dr. J. Stotter, Präsident; Dr. C. Schmitz, Vicepräsident; Dr. M. Kahn, Secretär; Dr. J. Belkowsky, Schatzmeister. Trotz ihres kurzen Bestehens hat die Gesellschaft erfreuliche Fortschritte gemacht, sowohl durch einen stattlichen Zuwachs neuer Mitglieder, als auch in wissenschaftlicher und geselliger Beziehung. Zahlreiche Vorträge, meistens aus dem Gebiete der internen Medicin, fanden im verflossenen Jahre statt, auch wurde eine Anzahl interessanter Krankheitsfälle vorgestellt. Nach dem von dem jetzigen Präsidenten Dr. J. Stotter entworfenen Programm hat sich der Verein neben der Pflege der Wissenschaft (Vorträge in Form von Originalarbeiten, Berücksichtigung der neuen, auf Thatsachen beruhenden Errungenschaften der Histologie und Pathologie, Schilderung der nicht blos modernen, sondern für die leidende Menschheit meist rationellen Therapie, Krankenvorstellungen etc.) zur Aufgabe gemacht, in energischer Weise für die professionelle Würde des ärztlichen Standes einzutreten und den Kampf gegen die Verletzungen der ärztlichen Ethik, insbesondere gegen die „Quacksalber" zu führen. Sodann hat die Gesellschaft noch das Bestreben, den collegialen Geist und die Geselligkeit zu pflegen und neben den zweimal im Monat stattfindenden wissenschaftlichen Zusammenkünften zeitweise die Mitglieder der Gesellschaft nebst ihren Angehörigen und Freunden zu „geselligen Abenden" vereint zu sehen. Um sämmtlichen Aufgaben gerecht zu werden, wurden innerhalb der Gesellschaft verschiedene Comités ernannt.

— Der Privatdocent der Chirurgie und Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik in Tübingen, Dr. Küttner, der schon im griechisch-türkischen Kriege gemeinsam mit dem inzwischen verstorbenen Prof. Nasse vom Rothen Kreuz nach Konstantinopel entsendet worden war, hat neuerdings vom Centralcomité des Rothen Kreuzes in Berlin den Antrag erhalten, an der vom Rothen Kreuz auszurüstenden ärztlichen Expedition nach Südafrika theilzunehmen. Die Expedition wird bald von Neapel abgehen. Ausser dem nöthigen Pflegepersonal werden ihr drei Aerzte angehören. Ein Marine-Oberstabsarzt wird die Führung übernehmen. Ein in Holland ausgerüsteter Sanitätszug des Rothen Kreuzes, der demnächst nach Südafrika abgeht, steht unter Leitung des Professors der Chirurgie in Amsterdam, Korte-

weg. Aus London begiebt sich der bekannte Chirurg Sir William MacCormak, Präsident des Royal College of Surgeons, auf den Kriegsschauplatz. (Münch. Med. Wochenschr., 1899, No. 44.)

— Der Balneologencongress wird im Jahre 1900 im März in Frankfurt a. m. stattfinden, und die Mitglieder werden ersucht, ihre Anträge oder Vorträge bis zum 31. December ds. Jahres bei Herrn Dr. Brock in Berlin, Melchiorstrasse 18, anzumelden. (Ibidem.)

— Ein literarisches Centralorgan für die Bestrebungen zur E kämpfung der Tuberculose unter dem Titel: „Internationale Zeitsch für Tuberculose und Heilstättenwesen" unter der Redaction von E. Leyden, K. Gerhardt und B. Fraenkel, wird im Verlag von Johann Ambr sius Barth in Leipzig vom nächsten Jahre ab erscheinen. (Ibidem.)

— Auch George Hamilton betont die Vorzüge des Bet: Eucains (The Lancet, London, Aug. 26th, 1899). Er verwendet ge wöhnlich 20 bis 40 Minims einer zweiprocentigen Lösung und vertheil dieses Quantum auf 3—4 Stellen. Anästhesie trritt fast plötzlich ei nicht, wie behauptet wurde, erst nach 10 Minuten, und hält in den sten Fällen eine halbe Stunde an.

— J. Woskressensky in St. Petersburg hat Versuche mit dem im Jahre 1897 in den Handel gebrachten Euphthalmin a Mydriaticum gemacht. Die bis jetzt bekannt gewesenen Mydriatica wie Atropin, Scopolamin, Homatropin und Cocain besitzen neben ihrer enschaft, die Pupille zu erweitern, noch andere oft sehr une Nebenwirkungen. Hauptsächlich ist allen diesen Mitteln die ng des intraocularen Druckes gemeinsam, die oft sehr wi en Folgen sein kann. Andererseits lähmen Atropin, Scopo Homatropin, indem sie die Pupille erweitern, gleichzeitig den Accommodationsapparat des Auges, machen den Kranken unfähig zu feiner Arbeit und bedingen dadurch für mehrere Tage Unthätigkeit. Es war daher ein Mittel erwünscht, welches seine Wirkung nur auf die Iris erstreckt, ohne die übrige Muskulatur des inneren Auges zu tangiren, und welches sich ausserdem durch schnelles Eintreten der Wirkung, kurze Dauer derselben und Ungefährlichkeit auszeichnet. Diesen Anforderungen soll das salzsaure Euphthalmin so ziemlich entsprechen. Woskressensky hat nun mit diesem Mittel eingehende Vrsuche nach der Richtung hin angestellt und ist dabei zu folgenden Resultaten gekommen: 1. Die Erweiterung der Pupille tritt ziemlich schnell ein. 2. Die Dauer der Wirkung ist eine kurze im Gegensatz zu anderen die Pupille erweiternden Mitteln. 3. Die Accomodationsparese ist eine geringe. 4. Der intraoculare Druck wird nicht erhöht. 5. Das Epithel der Hornhaut bleibt intact. 6. Es treten keinerlei Reizerscheinungen der allgemeine Vergiftungssymptome auf. Alle diese Vorzüge befähigen das Euphthalmin durchaus, eine hervorragende Stellung in der ophthalmologischen Praxis einzunehmen.

— Verzogen: Dr. Wilhelm K. Kubin nach 112 West 120. Str. Dr. J. H. Mennen nach 4 Ost 8. Str.

Sämmtliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellu u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 36 Beek Street, N. Y. City.

New Yorker.

Medicinische Monatsschrift.

Officielles Organ der

Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York

und der Stadt Cleveland, O.

Redigirt von Dr. A. Ripperger.

Bd. XI. New York, Dezember 1899. No. 12

An die Leser.

Mit der vorliegenden Nummer schliesst das Regime der früheren Geschäfts-Leitung der „Medizinischen Monatsschrift." Von der nächsten Nummer an wird das Blatt durch die reorganisirte Verwaltung veröffentlicht werden.

Diese wird, vereint mit dem bisherigen Redakteur, Herrn Dr. A. Ripperger, welcher dem Unternehmen auch weiter erhalten bleibt, ernstlich bemüht sein, dieses, den Interessen des deutschen Aerztestandes gewidmete Organ in Inhalt und Form und Ausstattung auf die Höhe der weitestgehenden Anforderungen zu bringen. Zu dem Zwecke wird die „Monatsschrift" wesentlich erweitert und in nah absehbarer Zeit in eine halbmonatlich erscheinende Fachschrift umgewandelt werden, bei sofortiger Herabsetzung des jährlichen Subscriptionspreises von drei auf zwei Dollars.

Die Herausgeber beabsichtigen, das Blatt allgemach nicht nur zu einem Organ der wissenschaftlichen, sondern auch der praktischen, „geschäftlichen" Interessen der deutschen Aerzte von Stadt und Land zu machen und appelliren zu diesem Behufe an das Wohlwollen der Herren Interessenten und bitten gleichzeitig um nachsichtige Beurtheilung ihrer Bestrebungen, die selbstredend nicht mit einem Schlage zu Tage zu treten vermögen, deren Ernst und Aufrichtigkeit sich jedoch von der ersten Nummer an zu erkennen geben wird.

Die Herausgeber.

ORIGINALARBEITEN.

Bedeutung der im Harn gefundenen Epithelien für die Diagnose.*

Von

Dr. A. Memelsdorf, Chicago.

In einem normalen Harn findet man mitunter einzelne Plattenepithelien, die von der Blase resp. Scheide herstammen. Auch spärliches Epithel von der Harnröhre ist anzutreffen in Fällen, wo Personen, ohne je zuvor eine Gonorrhoe acquirirt zu haben, mit dem ersten Morgenurin ziemlich beträchtliche Mengen von Schleim, sowohl Schleimfäden, wie Schleimkörperchen, absondern. Alle übrigen im Harn vorkommenden Epithelien sind pathologischer Natur, und man findet bei den verschiedenen krankhaften Processen des uropoetischen Systemes Epithelialgebilde aus allen Abschnitten desselben von der Niere bis zur Harnröhrenmündung. Diese Epithelien sind, wenn vorhanden, auch stets aufzufinden und n a c h G e s t a l t u n d G r ö s s e derart zu unterscheiden, dass sie diagnostisch verwerthet werden können.

Der allergrösste Theil der krankhaften Processe, die sich im Urogenitaltract abspielen, ist entzündlicher Natur, characterisirt durch das Auftreten von Eiterkörperchen im Harn, während durch die Epithelien und n u r durch diese der Ort der Entzündung festgestellt werden kann. Freilich ist schon häufig der Einwand erhoben worden, dass Epithelien, die post mortum abgekratzt und mit Urin vermischt worden sind, keine Grössenunterschiede erkennen lassen. Aber es haben auch Carl und Louis Heitzmann, denen die Autorschaft in der Lehre von den Epithelien im Harn zugeschrieben werden muss, bereits seit Jahren zugestanden, dass derart präparirte Epithelien keine verwerthbaren Resultate liefern. Will man den Grössenunterschied studiren, so muss man Schnitte der verschiedenen Organe mit der Epithelbekleidung machen und vergleichen, — und muss dabei, um die verschiedenen Grössen und Formen auf die Epi-

* Vortrag, gehalten in der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von Chicago am 23. November 1899.

thelien im Harn zu übertragen, stets im Auge behalten, dass die Epithelien im Urin durch Aufsaugung der wässerigen Bestandtheile schwellen und in Folge dessen eine mehr regelmässige, bisweilen vollkommen runde Form annehmen. Diese Veränderung betrifft jedoch alle Epithelien und zwar in völlig gleichem Maasse und ist somit für die Diagnose ohne Bedeutung.

Behufs microscopischer Untersuchung, um die Epithelien möglichst unverändert zu erhalten, ist es nicht von Vortheil die Centrifuge anzuwenden, vielmehr den Harn 6—12 Stunden an einem kühlen Platze stehen und sedimentiren zu lassen. Denn wenn auch im centrifugirten Harn eine grössere Zahl von Bacterien am Boden niedergeschlagen sich finden, so lehrt doch der Versuch, dass solches in Bezug auf Epithelien in nicht höherem Maasse der Fall ist, als in Folge der natürlichen Sedimentirung durch Stehen. Andererseits können Epithelien und Eiterkörperchen durch das Stehen in wenigen Stunden niemals auch nur annähernd so verändert werden, als durch die enorme Gewalt der Centrifuge in wenigen Minuten. Geht auch ein Harn nach wenigen Stunden bereits alkalische Veränderungen ein, so finden wir doch nach 6—12 Stunden, wenn der Harn, sauer gelassen worden, keine grössere Menge von Phosphaten, als wir diese im normalen frischen Harn nach einer Milch- oder Fleischdiät antreffen. Zudem können wir durch Phosphate einen pathologischen Process überhaupt nicht bestimmen.

Was nun die allgemeinen Merkmale der Epithelien des Urogenitaltractes betrifft, sind dieselben granulirt, mit einem oder mehreren Kernen versehen und kommen einschichtig oder mehrschichtig vor. Eine einschichtige Lage von Epithel besitzen die Harnkanälchen der Niere, die Prostata, sowie deren Ausführungsgang, die Bartholinischen Drüsen, die Duct. ejaculatorii und die Mucosa uteri. Mehrschichtiges Epithel weisen auf das Nierenbecken, die Ureteren, Blase, Harnröhre und die Vaginal-Portion des cervix uteri. Wo drei Epithelschichten sich vorfinden, besteht die oberste Lage aus Plattenepithelien, flachen polygonalen Zellen, die Epithelien der mittleren Lage nähern sich den cubischen Formen mit abgerundeten Ecken, während die tiefste Lage cylinderförmige Epithelien einbegreift. In der Blase, Harnröhre und Scheide, wo die Epithelien durch ihre Grösse sich auszeichnen, ist auch in den Harnpräparaten der Unterschied zwischen den Epithelien der drei Schichten auffallend und leicht zu

bestimmen, während wir von Pelvis renalis, Ureter und Cervix uteri in den Harnpräparaten eine Differenzirung der verschiedenen Schichten nicht vornehmen können. In der Prostata ist das Epithel cubisch, während der Ausführungsgang dieser Drüse Cylinderepithel aufweist. Die Duct. ejaculatorii, gleich wie die Mucosa uteri, besitzen mit Cilien besetzte Cylinderepithelien.

Um nun die Herkunft der Epithelien aus ihrer Grösse oder Gestalt zu bestimmen, legen wir die Eiterkörperchen zu Grunde. Letztere sind die kleinsten granulirten Körperchen, die im Harn vorkommen. Sie variiren bei den verschiedenen Individuen in der Grösse, und selbst von demselben Individuum kommen Eiterkörperchen von wechselnder Grösse vor. Doch ist es leicht, die Durchschnittsgrösse festzustellen. Die kleinsten und zugleich die wichtigsten Epithelien im Harn stammen aus den Harnkanälchen. Diese sind ein Drittel Mal grösser als die Eiterkörperchen in demselben Urin. Dieses Grössenverhältniss zwischen Eiterkörperchen und Epithelien ist allein massgebend; der Umstand, dass die Epithelien Kerne enthalten, ist ohne Belang. Denn die Kerne der Epithelien können durch Auflagerung von Fettkügelchen unsichtbar werden, wie andererseits auch die Eiterkörperchen Kerne zeigen können, wenn dieselben in Folge sehr geschwächter Constitution blass und fein granulirt erscheinen.

Der Grösse nach am nächsten stehen den Epithelien der Harnkanälchen die Epithelien der Ureteren, die zwei Mal die Grösse der Eiterkörperchen besitzen. Vollkommen identisch an Gestalt und Grösse mit den Epithelien des Ureters sind die Epithelien der Prostata und die der Bartholinischen Drüsen. Die Differentialdiagnose ergiebt, dass der Ureter in fast sämmtlichen Fällen nur secundär erkrankt ist und somit gleichzeitig Epithelien des Nierenbeckens gefunden werden; bei Prostatitis finden wir neben den sphärischen Epithelien dieser Drüsen auch die cylinderförmigen des Ductus prostat. Grösser als die Epithelien der Ureteren sind die des Nierenbeckens. Letztere kommen rund, wenn auch seltener, oder unregelmässig vor. Am häufigsten erscheinen sie geschwänzt, birnen- oder linsenförmig. Grösser als die zuletzt erwähnten sind die Epithelien der Urethra, der Cervix uteri und der Vesica urin. Wenn auch der Grössenunterschied zwischen den Epithelien dieser drei Organe nicht immer leicht sichtbar ist, so sind dieselben an ihrer Form unschwer

zu erkennen. Die Epithelien der Blase sind am regelmässigsten geformt, die des Cervix am unregelmässigsten. Die allergrössten Epithelien, die im Harn anzutreffen sind, entsendet die Vagina, leicht kenntlich auch daran, dass sie stets mit Bacterien, Coccen sowohl wie Bacillen, bedeckt sind. Die Epithelien der Mucosa uteri, deren Anwesenheit eine Endometritis anzeigt, sind feine, säulenförmige mit Cilien versehene Gebilde, ähnlich den Epithelien des Duct. ejaculat., nur dass sie schmäler als letztere sind. Häufig beobachtet man bei einer Endometritis neben den characteristischen Epithelien auch mit Cilien versehene Eiterkörperchen, die von den Epithelien herstammen, und im frisch gelassenen Urin vermag man nicht selten die Cilien in wirbelnder Bewegung zu sehen. Der Grösse nach rangiren die Epithelien in absteigender Linie: Vagina; Vesica urinar; Cervix uteri; Urethra; Pelvis renalis; Ureter (= Prostata, = Gland. Bartholini); Duct. Prostat.; Tubuli contorti et recti.

Wir diagnosticiren nun Entzündungen im Bereiche des Urogenitaltracts durch das Auffinden von Eiterkörperchen und Epithelien, z. B. ist eine Nephritis catarrhalis (seu interstitialis) bestimmt durch Eiterkörperchen und durch die runden Epithelien der Tubuli contorti (ein Drittel Mal grösser als Eiterkörperchen). Die weniger zahlreich auftretenden cylinderförmigen Epithelien der Tubuli recti finden wir nur bei schweren Formen einer Nephritis. Die Diagnose einer Pyelitis ist sicher, wenn neben Eiterkörperchen die characteristischen Epithelien des Nierenbeckens gefunden werden. Handelt es sich um ein acutes Stadium, so findet man rothe Blutkörperchen in grösserer Zahl; im chronischen Stadium der Entzündung sind solche spärlich vorhanden oder auch überhaupt nicht mehr anzutreffen. Dahingegen sind im chronischen Stadium Eiterkörperchen und Epithelien je nach der Dauer der Krankheit mehr oder weniger stark mit Fettkörnchen und Fettkügelchen bedeckt. Bei einer acuten Cystitis, Urethritis oder Vaginitis finden sich im Harn viele Plattenepithelien der obersten Lage neben spärlichen Epithelien der mittleren Lage; während bei einer chronischen Cystitis, Urethritis oder Vaginitis spärliche Plattenepithelien oder überhaupt keine, aber zahlreiche Epithelien der mittleren Lage anzutreffen sind. Das Auftreten von cylinderförmigen Epithelien der tiefsten Lage weist stets auf eine schwere Erkrankung des Organs hin; wir finden die letzteren bei heftigen Entzündungen, bei Ulcerationen, Haemorrhagie und Tumoren.

Häufig beobachtet man Epithelien der tieferen Lagen, namentlich die runden Epithelien der mittleren Lage der Blase versehen mit mehreren Kernen oder mit neugebildeten sog. endogenen Eiterkörperchen, deren Zahl bis 5 und darüber gezählt wird. Eine geringe Zahl solcher Neuformationen findet man zuweilen in verschiedenen Entzündungen, eine grössere Zahl nur nach einer lang bestehenden Reizung in Folge eines Druckes, gewöhnlich von aussen her, so bei Prostatahypertrophie, hervorgerufen durch Druck der Prostata auf die Blase, oder auch auf Grund eines parametritischen Exsudates oder eines Tumors in der Wandung oder Nachbarschaft der Blase.

Wie bei den catarrhalischen Entzündungen, so zeigt sich die Bedeutung der Epithelien auch bei den anderen Erkrankungen im urogenitalen Apparat. Eine croupöse (seu parenchymatöse) Nephritis — wo selbstverständlich die Epithelien der Harnkanälchen im Harn sich vorfinden — diagnosticiren wir schon durch die Anwesenheit der Harncylinder; aber sollten nur „hyaline" Cylinder gefunden werden, so würde die Abwesenheit von Nierenepithelien beweisen, dass es sich nicht um hyaline Cylinder, sondern um Cylindroide, Schleimcylinder handelt. Dahingegen kann der Sitz eines Tumors oder Abscesses, der Ort der Tuberculose, die Ursprungsstelle einer Haemorrhagie nur durch die Epithelien festgestellt werden.

Die Erkenntniss der Bedeutung der Harnepithelien, sowie die Möglichkeit ihrer Unterscheidung schützt den Arzt auch vor verhängnissvollen Irrthümern. Früher musste man die Diagnose Nephritis trotz des klinischen Bildes fallen lassen, weil im Harn keine Nierencylinder gefunden wurden. Bei den catarrhalischen Nephritiden findet man aber niemals Harncylinder, und selbst bei der Cirrhosis der Niere nur in den allerseltensten Fällen. Umgekehrt giebt es Fälle von Nephritis, die trotz jahrelangen Bestehens klinisch kaum den Verdacht einer Nierenentzündung erwecken, wo alsdann die Epithelien der Harnkanälchen die Diagnose aufklären.

Wiederum mag ein stark eiweisshaltiger Harn eine schwere Nierenerkrankung befürchten lassen; allein die microscopische Harnuntersuchung ergiebt ausser Eiterkörperchen nur Epithelien etwa der Urethra oder der Prostata. Dann hat die im Vergleich zu Nephritis minder schwere Erkrankung, die Urethritis oder die Prostatitis den reichen Eiweissgehalt verursacht.

Wenn ich den Harnepithelien eine grosse Bedeutung beilege und ihr Auffinden und Unterscheiden für möglich halte — wovon ich mich durch Arbeiten im Laboratorium von L. Heitzmann in New York und in meiner eigenen Praxis überzeugt habe — so will ich nicht unterlassen, hervorzuheben, dass bisweilen, wie z. B. bei einer heftigen Blutung 4 oder 5 Tropfen untersucht werden müssen bevor ein positives Resultat erzielt wird, und dass das Durchforschen eines microscopischen Harnpräparates häufig 2—3 Stunden Arbeit erfordert. Die Epithelien können nur mit einer starken Vergrösserung (500fachen) unterschieden werden. Ausführlich behandelt wird die Frage von den Harnepithelien in: "Urinary Analysis and Diagnosis" by Louis Heitzmann, M.D., New York.

Chicago, Ill., 100 State Street.

„Orthoform"-Idiosynkrasie?

Von

Dr. med. Anton Sauer.

Vom Januar 1898 bis zum März 1899 habe ich „Orthoform" in verschiedensten Quantitäten und mitunter während grösseren Zeitraums nach mannigfachen, zuweilen bedeutenderen chirurgischen Eingriffen an distalen Körpertheilen angewendet, bei Kindern, Frauen, Männern, und nie üble Nebenwirkungen beobachtet — ausser in den unten mitgetheilten vier Fällen. Alle Patienten, bei denen „Orthoform", ohne Nebenerscheinungen zu erwecken, angewendet worden ist, waren robuste Leute. Uebele „Orthoform"-Wirkungen kamen nur bei sehr anämischen, neurasthenischen Individuen zur Beobachtung.

Ueberaus auffällig sind die „Orthoform"-Fernwirkungen in den Fällen III und IV. Obwohl ich schon bei Beobachtung I schwersten Verdacht gegen „Orthoform" geschöpft hatte, konnte ich Anwendung dieses in aus- und inländischer Fachpresse (ja sogar in politischen Blättern!) hochgerühmten Neumittels nicht lassen, bis Fall IV durchbeobachtet war. Das bisher nur lobgepriesene „Orthoform" — ein werthvolles locales, schmerzstillendes Mittel —, scheint doch unter Umständen auch recht üble Eigenschaften zu Tage zu fördern, und das ärztliche Urtheil darüber ist noch nicht abgeschlossen. Da unerfreuliche Beob-

achtungen bei „Orthoform"-Anwendung jedenfalls veröffentlichungswerth sind und dem practischen Arzte möglicherweise recht nutzbar werden können durch Veröffentlichung, lasse ich nun die Casuistik folgen. Mögen andere Beobachter ihre misslichen Erfahrungen bei „Orthoform"-Gebrauch nicht geheimhalten, sondern dem Allgemeinbesten zu Diensten stellen!

Beobachtung I. M. M., 16 J. a., anämisches Dienstmädchen, fiel am 2. Juli 1898 mit der linken Hand in die Scherben eines Einmachglases. Nach Blutstillung der Schnittwunden im Gebiet des Thenar u. Antithenar, peinlicher Wundreinigung und Anlegen eines reichlichen „Orthoform"-Pulververbands erfolgte Heilung per primam intentionem — bis zum 10. Juli. An diesem Tage fand ich die Wundränder mit weissgrauem, eiterigem Belag bedeckt. Nach Anwendung von Lapis mitigatus bestreute ich die Wunden sehr stark mit „Loretin"-Pulver, das ich um 1893 in der chirurgischen Privatklinik des Herrn Universitätsprofessor Dr. A. Schinzinger zu Freiburg i. B. werthschätzen gelernt habe. Am 13. Juli jammerte Patientin über heftiges Jucken auf der Dorsalseite der verletzten Hand; ich fand eine erysipelatös geröthete Stelle, die am folgenden Tage schon ganz abgeblasst hatte — nach Gebrauch von „Loretin"-Salbe —, aber nun mit einer Unzahl stecknadelkopfgrosser, blasser, juckender, kreisförmig gestellter Bläschen bedeckt war, welche unter Abblätterung am 18. verschwanden.

Beobachtung II. H. P., 23 J. a., hochgradig chlorotisches Fräulein, kam am 17. Juli 1898 in meine Wohnung und erzählte, es sei in der Nacht vom 12. zum 13. von einem „Insect" in den Fuss gestochen worden. Auf der linken Fussrückenhöhle fand ich ein gut erbsengrosses, leicht nässendes, von wenig geröthetem Saum umrandetes Geschwürchen. Das sehr wehleidige Fräulein klagte über grosse Schmerzen im ganzen Fussrücken, die sich zur Nachtzeit steigerten. „Orthoform"-Salbenverband brachte alsbald Schmerznachlass. Am 20. zeigten sich zwischen dem heilenden Geschwür und den Zehen viele stecknadelkopfgrosse, blassgeröthete, serpentinartig gestellte, heftiges Jucken verursachende Bläschen. Umschläge mit Burow'scher Lösung halfen, und am 24. war alles „all right."

Beobachtung III. G. D., 53 J. a., ausgemergelter Rentner, hat seit Jahren im unteren Drittel der Aussenseite des rechten Unterschenkels ein Ulcus cruris von 20 Dollarstück-Grösse. Verschiedene Aerzte und ich behandelten ihn erfolglos mit Borsalicylwasser-Umschlägen, Basilicumsalben, Heftpflasterverbänden, Martin'schen Binde-Einwickelungen, Zinkleimapplicationen u. a. m. Patient klagte im Juli 1898 über zunehmende Schmerzen im Bein, die sich zur Nachtzeit steigerten. Obschon er zugab, bis zum Eintritt wachsender Impotentia coeundi „a man of the town" gewesen zu sein, will er doch nie an irgend einer Geschlechtskrankheit gelitten haben. Dessenungeachtet gab ich innnerlich Kal. jodatum und behandelte auch das Geschwür dementsprechend, konnte aber keine Veränderungen erzielen. Einfache Cisternenwasser-

Umschläge über Nacht brachten später während einiger Zeit Linderung. Da D. Ende August auf Anwendung irgend einer Salbe oder eines Pulvers bestand, ordinirte ich „Orthoform"-Pulveraufstreuungen — deren schmerzstillende Wirkungen ihn zu recht ausgiebigem Gebrauch verleiteten. Am 16. September liess mich der Kranke nach seiner Wohnung rufen, wo ich seine ganze rechte Geischtshälfte erysipelatös geröthet, die Augenlider dick, bretthart aufgeschwollen und verfärbt fand. Fieber, Schmerzen, ausser Juckreiz, andere Unwohlseinsymptome waren nicht vorhanden, auch waren diese Erscheinungen über Nacht ohne Temperatursteigerung eingetreten. Es sei hier gleich mitgetheilt, dass diese Gesichtserscheinungen ohne irgend eine therapeutische Anwendung nach etlichen Tagen abklangen. Das Fussgeschwür hatte sich vergrössert, zeigte in der Mitte eine kraterförmige, gangraenöse Stelle, die Wundränder waren wallartig verdickt und blauschwärzlich, die ganze Streckseite des rechten Beines schmerzhaft geröthet. Die „Orthoform"-Anwendungen wurden sofort sistirt, die schlechten Wucherungen mit der Scheere abgeklippt, Argt. nitric. und Balsam. peruv. angewendet. Binnen weniger Tage verschönte sich das Ulcus cruris. — Meine dem D. gegenüber geäusserte Meinung, überreiche „Orthoform"-Anwendung sei schuld gewesen an der Verschlimmerung des Fussübels u. s. w. wurde sofort mit Herbeirufung eines notorischen Curpfuschers beantwortet, und mir statt ärztlichen Honorars Drohung mit einem „damage suit" verabfolgt.

Beobachtung IV. A. M., 33 J. a., seit 7 Jahren kinderlos verheirathet, sehr anämisch, behandelte ihr „felon" 3 Wochen lang nach Rathschlägen verschiedener Leute. Am 14. Janur 1899 wurde ich gerufen, incidirte nach Aufspritzen von „Ethyl chloride Bengué" das noch harte Panaritium periostale am Daumen der rechten Hand und kratzte den angegriffenen Phalangentheil aus. Schmerzstillender Wirkung wegen entschloss ich mich nochmals zur Benutzung des „Orthoform." Während der folgenden 10 Tage zeigte die Wunde schlechtere Heilneigung, die sich dann besserte. Patientin musste am 31. Januar „verreisen." Währends ihres Wegbleibens aus meiner ambulatorischen Behandlung liess sie sich von ihrer Schwester fleissig „Orthoform"-Salbeverbände machen. Am 8. Februar erschien Frau M. wieder in meiner Sprechstunde — wegen „erysipelas" der rechten Hand. Diese war in der That leicht geröthet und verschwollen. Patientin fühlte ihr bisheriges Allgemeinbefinden nicht im mindesten gestört, und war vollständig fieberlos, nur über Jucken auf der Volar- und Dorsalseite klagte sie. Die Panaratiumwunde war weitklaffend, braun verfärbt und secernirte etwas Eiter. An der Innenseite des Daumens zeigte sich eine haselnussgrosse, gelbfarbige, mit Flüssigkeit gefüllte Blase. Ich unterzog die ganze Hand der nothwendigen Reinigung in lauwarmem „Loretin"-Wasserbad, und verband sie hernach mit „Loretin"-Salbe. Den nächsten Morgen war die gesammte Dorsalseite der rechten Hand teigig-oedematös verschwollen, in den Beugeseiten aller Finger zeigten sich grosse Bullae, gefüllt mit gelbweissem, kleberigem Serum, das damit imprägnirte Leinenbinden steifte; Patientin war fieberfrei und klagte auch diesmal ausser heftigerem

Juckreiz über keine besondere Störung des Allgemeinbefindens. Den 11. Februar liessen sich die geplatzten Blasendecken gleich Handschuhfingerlingen über die Finger abziehen, so dass die dunkelrothe Hautfläche vom blassen Rete belegt dalag. Noch zweimal wiederholte sich dieser Process während der folgenden elf Tage. Am 12. Februar traten im unteren Dritttheil der Aussenseite des Unterarms zahllose stecknadelkopfgrosse, blassgelbe Knötchen auf, die geröthete Beugefläche war schmerzhaft angeschwollen, und in der Achselhöhle konnte eine hühnereigrosse Schwellung getastet werden; die ganze rechte Gesichtshälfte, von der Stirne bis herab zur Halsmitte, war übersät mit dunkelrothen, derben, heftig juckenden Knötchen von Kleinstecknadelkopfgrösse. Blasse Knötchen von derselben Grösse und Beschaffenheit zeigten sich vereinzelt auch an den Innen- und Beugeseiten des Mittel-, Ring und kleinen Fingers der linken Hand. Ich behandelte nun das Panaritium mit „Loretin", die ganze rechte Hand, den Arm u. s. w. mit „Naftalan." Das Ekzema papulosum des Unterarms etc. bildete sich nach zwei Tagen bereits unter Abschilferung zurück, und am 25. Februar war völlige Restitutio ad integrum auch der gesammten Hand erfolgt. Den 27. zeigte sich am Daumen der linken Hand ein Panaritium subunguale, das aber rasch zur Heilung gebracht worden ist.

Anmerkung. Vorstehende Arbeit lag seit Anfang März druckfertig in der Schublade meines Schreibtisches. Nach ihrer Abfassung erst kamen mir in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift" 46. Jahrgang 1899, die nachfolgenden Veröffentlichungen zur Kenntniss:

Dr. W. Asam: Erfahrungen über Orthoform (No. 8, 21. Februar, pag. 252). [9 Fälle.]

Dr. F. Miodowski: Ein weiterer Misserfolg bei der Wundbehandlung mit Orthoform (No. 12, 21. März, pag. 382).

Dr. Wunderlich: Zur Anwendung von Orthoform (No. 40, 3. October, pag. 1298). [4 Fälle.]

Cascade, Iowa, 28. November 1899.

Referate und Kritiken.

Kompendium der diätetischen und physicalischen Heilmethoden. Von Dr. F. Schilling. Mit 122 Abbildungen. Verlag von H. Hartung & Sohn. Leipzig 1900.

Das vorliegende kleine Werk des Verf. enthält namentlich in seinem 1. Theile das, was an den Kliniken nicht gelehrt und in den Handbüchern über Pathologie und Therapie entweder gar nicht oder nur sehr flüchtig und nebensächlich abgehandelt wird, nämlich genaue und eingehende Ernährungs- und Diätvorschriften bei den verschiedenen Krankheiten.

Der 2. Theil beschäftigt sich mit den physicalischen Heilmethoden, Hydrotherapie, Electrotherapie, Massage, Heilgymnastik, Klimatotherapie, Krankenpflege, Psychotherapie, Suggestion und Hypnose. Die Schreibweise ist klar und bestimmt, eine Anzahl guter Abbildungen ergänzt in vortheilhafter Weise den Text. Das Compendium kann jedem Practiker auf das Wärmste empfohlen werden.

Die Frau als Mutter. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie Pflege und Ernährung der Neugeborenen in gemeinverständlicher Darstellung. Von Dr. Hans Meyer. Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1899.

Das Buch ist für die junge Frau bestimmt, damit dieselbe sich darin Rath holen kann, über Dinge, die sie in ihrer kommenden Mutterschaft wissen soll. Es ist über diesen Gegenstand schon eine Anzahl derartiger Abhandlungen geschrieben worden, allein man kann mit ziemlicher Sicherheit behaupten, dass keine derselben der gestellten Aufgabe so gerecht geworden ist, wie die vorliegende. Leider kann auf den Inhalt selbst hier nicht näher eingegangen werden, derselbe ist in der Ueberschrift schon kurz skizzirt, es möge der Hinweis genügen, dass der Arzt das Buch jeder angehenden Mutter getrost und voll Vertrauen in die Hand geben kann, ohne befürchten zu müssen, damit Unheil anzurichten. Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche.

Zur Beurtheilung des Schmerzes in der Gynäcologie. Von Dr. Richard Lomer. Mit einem Vorwort von Dr. A. Saenger. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1899.

Schon längst haben die Neurologen gewarnt vor dem Operiren an den weiblichen Genitalien lediglich zu dem Zwecke, Neurosen zu heilen. Es wurde grosser Missbrauch getrieben mit der Castration der Frauen und zwar aus Unkenntniss des Wesens der functionellen Störungen des Nervensystems, insbesondere der Hysterie. Wenn auch die Castrationsfrage nunmehr abgethan zu sein scheint, so geschieht es doch auch jetzt noch recht häufig, dass Frauen hysterischer Beschwerden wegen monatelang mehr oder minder eingreifend local behandelt werden, ja dass speciell wegen heftiger Schmerzen zum Messer gegriffen wird. Es ist nun das Verdienst des Verf. der vorliegenden Arbeit, gezeigt zu haben, wie häufig der von den Patientinnen in den Unterleibsorganen empfundene Schmerz lediglich der Ausdruck einer latenten Hysterie ist. Ferner hat Verf. auf Grund seiner Untersuchungen, Beobachtungen und therapeutischen Maassregeln einwurfsfrei dargelegt, eine wie grosse Rolle selbst bei pathologisch veränderten Genitalorganen die Hysterie spielt, und wie bedeutsam die richtige Erkenntniss derselben sein kann. Der Gesammtinhalt der äusserst lesenswerthen Abhandlung zerfällt in 2 Theile, deren erster die Hyperästhesie der Bauchdecken betrifft, während der zweite Theil sich mit den Schmerzen in der Gynäcologie im Allgemeinen beschäftigt. Eine reichliche Casuistik dient zur besseren Illustration der einzelnen Abschnitte. R.

Mittheilungen aus der neuesten Journal-Literatur.

Münchener Medicinische Wochenschrift, 1899, No. 42 mit 45.

1) Kraepelin (Heidelberg): Neuere Untersuchungen über die psychische Wirkungen des Alkohols. — Auf Grund seiner eigenen Untersuchungen und solcher anderer Forscher kommt K. betreffs des Alkohols zu folgenden Schlüssen: Der Alkohol ist nicht als ein harmloses Genussmittel zu betrachten. Er schädigt die Auffassung äusserer Eindrücke und die Verknüpfung von Vorstellungen auf das Schwerste, er erleichtert die Auslösung von Bewegungen vorübergehend, setzt dagegen die Kraft der Muskelarbeit um so mehr herab, je stärker dieselbe in Anspruch genommen wird, steigert also die Ermüdbarkeit. Auch eine einmalige grössere Gabe wirkt mindestens 24, unter Umständen sogar 48 Stunden nach, und der regelmässige Genuss solcher Gaben erzeugt schon nach wenigen Tagen eine dauernde Herabsetzung der Leistungsfähigkeit, die sich nur ganz allmählich wieder ausgleicht und noch einige Zeit lang eine grössere Empfindlichkeit gegen die Alkoholwirkung zurücklässt.

2) E. Fraenkel: Ueber den Erreger der Gasphlegmonen. (Aus dem neuen allgem. Krankenhause zu Hamburg.) — Schon im Jahre 1893 konnte F. den Beweis erbringen, dass ein morphologisch und biologisch wohl characterisirter, von ihm als Bacillus phlegmones emphysematosae bezeichneter, anaërober Bacillus dem Krankheitsbilde der Gasphlegmone zu Grunde liegt, welcher von den ihm verwandten Arten, dem Bac. des malignen Oedems, des Rauschbrands und den sogen. Pseudoödembacillen gut zu unterscheiden ist. F. theilt nunmehr die neuerdings von ihm aufgefundenen biologischen Thatsachen mit, die den Bacillus der Gasphlegmone betreffen, und nimmt ferner diesbezüglichen von anderer Seite, besonders von v. Hibler gemachten Mittheilungen gegenüber Stellung. Als hauptsächlichste Eigenschaften des Erregers der Gasphlegmone, welche zur Unterscheidung desselben von anderen pathogenen Anaëroben verwerthbar sind und ihn diesen gegenüber scharf characterisiren, giebt F. folgende an: 1. In morphologischer Beziehung die absolute Unbeweglichkeit. 2. In biologischer die Inconstanz und nur ausnahmsweise erfolgende Sporenbildung. 3. In Bezug auf das Verhalten dem Thierkörper gegenüber seine Fähigkeit, nach subcutaner Uebertragung auf Meerschweinchen oder Sperlinge bei diesen progrediente, gashaltige, mit zunderartigem Zerfall von Unterhaut und Muskelgewebe, sowie freier Ansammlung von Flüssigkeit einhergehende Krankheitsprocesse zu erzeugen und bei intravenöser bezw. subcutaner Einverleibung auf Kaninchen oder Meerschweinchen und Tödtung der Thiere kurze Zeit nach der Infection die Bildung von Gas in innern Organen resp. im Unterhautgewebe zu veranlassen.

3) A. v. Rositzky: Ueber ein einfaches, für den practischen Arzt bestimmtes Verfahren zur Kleiderdesinfection mittels Formaldehyds. (Aus dem hygien. Institut der Universität Graz.) — Das Verfahren besteht darin, dass ein in einem möglichst luftdicht schliessenden Schranke

stehendes, mit Formol gefülltes **Spray-Gefäss** vermittels eines eingekitteten Glasrohres mit einem ausserhalb des Schrankes befindlichen Dampftopf verbunden wird. Von Beginn der Sprayentwicklung an lässt man den Apparat eine halbe Stunde hindurch functioniren und verlöscht hierauf die Flamme. Nach 9 Stunden kann man die Kleider in desinficirtem Zustand dem Schranke entnehmen. Dieselben riechen nur wenig nach dem Desinfectionsmittel und nach einstündigem Lüften ist der Geruch fast vollkommen verschwunden.

4) C. G. Santesson: Einige Versuche über die Athmungswirkung des Heroins. (Aus dem pharmakol. Laboratorium des Carolinischen Instituts Stockholm.) — Das wichtigste Resultat der von S. zu genanntem Zwecke angestellten Thierversuche ist das folgende: Das Heroin setzt schon in kleiner Gabe die Athmungsfrequenz recht stark, zuweilen in hohem Grade herab, ohne die Athemzüge zu vertiefen; eher werden diese bei abnehmender Frequenz nicht selten deutlich flacher. Die Ergebnisse dieser Versuche stimmen also zum Theil nicht mit denjenigen Dreser's (vergl.d. Monatsschrift No. IX, pg. 441) überein. S. kann vor Allem nicht die von Dreser behauptete Vertiefung der Athemzüge bestätigen.

5) W. Klink: Grosse Heroindosen ohne Intoxicationserscheinungen. (Aus dem Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt a. M.) — Verf. berichtet über zwei Fälle, aus dem Heiliggeisthopsital zu Frankfurt a. M. (Oberarzt Dr. Cnyrim), in denen „aus Versehen" drei Mal täglich, und zwar in beiden Fällen sogar 5 Tage hintereinander, 0,05 Heroin per os gegeben wurde, ohne jede schädliche Nebenwirkung, ja überhaupt ohne auffallende Wirkung. K. will zwar daraus nicht schliessen, dass das Heroin ein indifferenter Körper ist, glaubt aber doch, dass diese Fälle entgegen der Ansicht Harnack's beweisen, dass die Giftigkeit des Heroins nicht überall so viel grösser ist, als die des Morphins, sondern dass auch hier individuelle Unterschiede obwalten. (Dass derartige „Versehen" gleich zweimal hintereinander und in solchem Umfange vorkamen, spricht nach Ansicht des Ref. sicherlich nicht zu Gunsten des betr. Hospitals und seiner Leitung.)

6) G. Kirchgaesser: Ueber chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule. (Aus der Bonner med. Klinik.) — K. beschreibt zwei weitere Fälle dieser Art und kommt auf Grund derselben und unter Berücksichtigung der bisherigen Literatur zu dem Schlusse, dass unter den chronischen, ankylosirenden Gelenkentzündungen diejenigen Fälle eine gewisse Sonderstellung einnehmen, in welchen die Wirbelsäule befallen ist. Die Erkrankung der Wirbelgelenke hat vor Allem die Neigung, verhältnissmässig schnell auf die übrige Wirbelsäule fortzuschreiten, so dass das characteristische Hauptsymptom, die Steifigkeit der Wirbelsäule bei allen Bewegungen, sehr bald zu Stande kommt. Bei dieser Steifigkeit der Wirbelsäule finden sich immer mehr oder weniger starke Verbiegungen der Wirbelsäule nach vorn, hinten und nach beiden Seiten, sowie Drehungen um die verticale Achse. Eine in Einzelnheiten gleichmässige Form der Wirbelsäulenverkrümmung ist in den Anfangsstadien nicht vorhanden; in den vorgeschritteneren Fällen tritt, wie bei allen

Gelenkentzündungen, eine Beugecontractur ein, so dass eine vornübergebeugte Haltung des Kopfes und des Rumpfes, ein runder Rücken entsteht.

7) G. Schröder und W. Naegelsbach: Diazoreaction im Harne und Bacterienbefunde im Blute von Phthisikern. — Die beiden Autoren kommen auf Grund ihrer Beobachtungen zu folgenden Schlusssätzen: 1. Die Ehrlich'sche Diazoreaction des Harnes von Phthisikern ist ein Zeichen einer üblen Prognose. Sie ergänzt in einigen Fällen, ersetzt aber nicht die klinische Prognosenstellung bei der Phthise, und ist daher für die Praxis zum Mindesten entbehrlich. Sie hat einen gewissen Werth für die Voraussage des Todes. 2. Ein Zusammentreffen von Diazoreaction im Harn und Bacterien im Blute lässt sich bei Phthisikern nicht nachweisen. 3. Ein Uebertritt von Bacterien, speciell Eitererregern in's Blut der Phthisiker ist nur als eine agonale Erscheinung anzusehen, hat daher für die Deutung des hectischen Fiebers keine Bedeutung.

8) F. Jessen (Hamburg): Ueber cardiale und nervöse Störungen aus gastrointestinaler Ursache. — Nach der Auffassung von J. muss man zweierlei verschiedene Momente unter den Ursachen von Herz- oder nervösen Störungen am Magendarmcanal unterscheiden, eine mechanisch wirkende und eine chemische. Zur Erklärung der mechanisch wirkenden kommen zwei Momente in Frage. Wenn sich in Folge abnorm reichlicher Gasbildung die Därme und im Besonderen der Magen oder das Quercolon ausdehnen, so wird das Zwerchfell in die Höhe geschoben und damit kommt es zu einem directen Druck auf das Herz, welches dann mehr oder minder in seiner Thätigkeit gestört wird. Als zweites Moment muss man berücksichtigen, dass Reizung der Magenserosa, als welche eine abnorme Spannung wohl anzusehen ist, Erregung des Vasomotorencentrums bedingt. Dafür, dass abnorme Gasspannungen im Magen und Darm erhebliche Herz- resp. Circulationsstörungen verursachen können, hat J. eine Reihe interessanter Beobachtungen gemacht und er weist besonders auf die Thatsache hin, dass diese Fälle gewöhnlich als „Herzneurosen" angesehen werden, wenn sie nicht gar den Eindruck schwerer Herzerkrankungen machen, während es sich thatsächlich nur um abnorme Vorgänge im Magendarmcanal handelt, die ihrerseits Circulationsstörungen bedingen. Wesentlich schwieriger ist die andere Ursache von aus dem Magendarmcanal stammenden Herz- und nervösen Störungen, die chemische zu beurtheilen. Hier muss die Lehre von der Autointoxication zu Hülfe genommen werden. Es giebt Patienten, die als Neurastheniker imponiren, jahrelang als solche behandelt werden, ohne jemals Magen- oder Darmbeschwerden zu haben, die nur an abnormen Fäulnissvorgängen im Darme leiden, mit deren Beseitigung die Beschwerden der Kranken schwinden.

9) E. Meier (Magdeburg): Ueber otitische Pyaemie. — Verf. bespricht in ausführlicher Weise die otitische Pyaemie an der Hand von 7 Krankengeschichten.

10) M. Madlener (Kempten): Ueber Milzexstirpation nach subcutaner traumatischer Milzruptur. — Der von M. beschriebene Fall betrifft eine 57jährige Frau, die, auf dem Boden ausgleitend, mit der linken

Seite des Rumpfes auf den Rand eines am Boden stehenden Wassereimers fiel. Es wurde Contusionsverletzung eines Unterleibsorgans constatirt und 7 Stunden nach der Verletzung die Laparotomie vorgenommen. Die Milz war an ihrer inneren, concaven Fläche mit Blutgerinnseln bedeckt und zeigte dort einen genau quer verlaufenden, bis in den Hilus gehenden Riss. Da an eine Unterbindung der Gefässe und Naht des Risses nicht zu denken war, wurde die Totalexstirpation der Milz vorgenommen. Die Kranke genas vollständig. Ausfallssymptome, Drüsenschwellungen traten nicht auf, nur die Erholung von der Operation schien eine auffallend langsame zu sein. Die Pat. ist vollständig beschwerdefrei und arbeitsfähig und hat ein gesundes, keineswegs blutarmes Aussehen.

11) M. Thiemich: Ueber Krämpfe im Kindesalter. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.) — Nach Th. ist die Unterscheidung „functioneller" Krämpfe von den durch acute entzündliche Processe des Gehirns und der Meningen bedingten fast stets möglich, wenn man das Kind nicht nur im Anfalle, sondern auch in einem anfallsfreien Intervalle mit allen Hülfsmitteln der modernen Diagnostik untersuchen kann. Sehr schwer, ja vielfach unmöglich erscheint aber die richtige Erkenntniss solcher, dem eclamptischen Anfalle völlig gleichender Krämpfe, welche mitunter als erste Vorboten schleichend entwickelter Gehirnerkrankungen auftreten: Sclerosen, Atrophien, Erweichungen, Hydrocephalien u. s. w. Da, solange wir unter der Eclampsia infantum einen Symptomencomplex verstehen, dessen aetiologische Einheit nicht erwiesen, ja nicht einmal wahrscheinlich ist, von einer Differenzirung nach aetiologischen Gesichtspunkten nicht die Rede sein kann, hat Verf. es versucht, wenigstens eine provisorische Eintheilung aufzustellen, welche die gegenseitge Verständigung erleichtert. Er schildert daher klinisch verschiedene Krankheitsbilder, die als Typen grösserer Gruppen dienen können. Betreffs der Einzelnheiten ist die Originalarbeit nachzusehen.

12) F. Nissl (Heidelberg): Ueber die sogen. functionellen Geisteskrankheiten. — Unter functionellen Krankheiten versteht man solche, denen keine mit unseren heutigen Hülfsmitteln regelmässig nachweisbare anatomische Veränderung im Nervensystem zu Grunde liegt. Ihnen stehen die organischen Geisteskrankheiten gegenüber. Die Psychopathien entsprechen den functionellen, die Cerebropathien den organischen Geisteskrankheiten. N. sucht in der vorliegenden Arbeit festzustellen, was der Begriff Psychopathie oder Psychoneurose bedeutet. Es sind dies solche Geisteskrankheiten, bei denen sich das Leiden hauptsächlich in Störungen auf geistigem Gebiete zeigt, und welche im Gegensatz zu den aus ideopathischen Gehirnkrankheiten entstehenden Psychosen keine pathologisch-anatomische Grundlage erkennen lassen.

13) S. Schoenborn: Ein Beitrag zur Frage der Combination organischer Nervenerkrankungen mit sog. functionellen Neurosen. (Aus der med. Klinik zu Heidelberg.) — Verf. giebt die Geschichte einer 20-jährigen Patientin, die zweifellos hysterisch war. Es wurden bei ihr beobachtet eine leichte rechtsseitige Hemiparese mit rechtsseitiger Hemi-

hypaesthesie, ferner Bewusstseinsstörungen und vorübergehende Aphasie. Sodann Zuckungen in der linken Gesichtshälfte, in den beiden Armen und Beinen, rechts etwas stärker. Die rechte Gesichtshälfte ist gelähmt und frei von Zuckungen. Endlich leichte Gelenkschmerzen, Temperatursteigerungen und ein systolisches Blasen am Herzen.

14) E. Schwalbe: Ueber ein Pulsionsdivertikel. (Aus dem Diakonissenhaus zu Heidelberg.) — Der Fall betrifft einen 47jährigen Patienten, bei dem sich im Jahre 1878 zuerst Magenbeschwerden eingestellt hatten. Besonders war lästiges Sodbrennen vorhanden. Im Jahre 1888 bemerkte Pat. zuerst, dass er nicht mehr so gut wie früher schlucken konnte. Im folgenden Jahre bemerkte er Speichelfluss, wie er meinte; es war dies jedoch keine Salivation, sondern Pat. bekam plötzlich grössere Mengen Speichels in den Mund und musste dieselben von sich geben. Es wurde damals eine Strictur, wahrscheinlich luetischen Ursprungs angenommen. Ausser fortgesetzter Sondirung wurde eine Jodkaliumbehandlung angeordnet. Durch die Sondenbehandlung trat vorübergehende Besserung ein. Im März 1892 traten jedoch die alten Beschwerden wieder im verstärktem Maasse auf. Er konnte zwar noch flüssige und breiige Speisen zu sich nehmen, musste aber nach dem Essen stets eine gewisse Quantität der genosenen Speisen wieder von sich geben. Es trat mässige Abmagerung ein. Der Kranke wurde durch diese Umstände tief deprimirt, glaubte, dass er Krebs der Speiseröhre habe und zum Verhungern gezwungen sei. Im Diakonissenhaus wurde nun das Vorhandensein eines Divertikels festgestellt. Dasselbe wurde mit Wismuthaufschwemmung gefüllt und eine Röntgenphotographie angefertigt. Auf letzterer bemerkte man einen halbmondförmigen, scharfen Schatten in der Höhe des 4. Brustwirbels, der sich nach oben allmählich abtönte. Er lag etwas rechts von der Wirbelsäule. Darunter war der Schatten der grossen Gefässe deutlich erkennbar. Durch fortgesetzte Sondirungen des Oesophagus gelang es dann auch dem Pat. regelmässig selbst die Sondirung auszuführen. Der Ernährungszustand des Pat. besserte sich. Betreffs der eingeschlagenen Therapie ist Verf. der Ansicht, dass man ja daran denken könnte, dass durch das Sondiren eine Besserung in der Weise herbei geführt wird, dass man den Oesophagen mit den dicken Kathetern mechanisch erweitert und den Eingang des Divertikels zusammendrückt. Die Hauptsache scheint ihm jedoch die psychische Beeinflussung zu sein. So lange der Pat. mit seinem dicken Katheter in die Speiseröhre gelangt, wird er nicht fürchten, dass die Verengerung zunimmt, und er Hungers sterben muss. Dieser moralische Einfluss war in diesem Falle sehr deutlich. Während der Pat. bei seinem Eintritt in das Diakonissenhaus sehr deprimirt war und die schwärzesten Befürchtungen hegte, war er bei seinem Ausscheiden frisch und guten Muthes und fähig, seine Arbeit im vollen Umfange zu leisten. Ueber die Aetiologie des Divertikels liess sich mit Sicherheit in diesem Falle nichts aussagen.

15) K. Oppenheimer (München): Ueber das Pasteurisiren der Milch zum Zwecke der Säuglingsernährung. — Ein Uebelstand, welcher jeder sterilisirten Milch anhaftet, ist der penetrante Geruch, der dieselbe

in unliebsamer Weise vom rohen Product unterscheidet, und der sich einzig und allein durch Zersetzungsvorgänge in Folge des starken Kochens erklären lässt. Dass diese Veränderungen in der sterilisirten Milch nicht belanglos sind für deren Nährwerth und Bekömmlichkeit, zeigen zahlreiche klinische Beobachtungen. Ohne auf irgend welchen Widerspruch zu stossen, konnte v. Starck auf der vorjährigen Naturforscherversammlung die These aufstellen: Bei ausschliesslicher Ernährung mit sterilisirter Milch werden die meisten Kinder anämisch. Schon von anderer Seite war darauf hingewiesen worden, dass schon das Pasteurisiren der Milch genügt, um sie für genügend lange Zeit haltbar und keimfrei zu machen. Es galt daher nur noch, einen Apparat zu construiren, der das Pasteurisiren in practischer Weise auch für den Haushaltgebrauch gestattet. Einen solchen Apparat nun hat Verf. construirt Derselbe besteht aus einem Wasserbehälter aus Blech, dessen doppelte Wandungen mit Asbest gefüllt sind. Durch eine Oeffnung im Deckel ragt ein Thermometer, welches die Temperatur des Wasserbades angiebt; in diesen Blechtopf kommt nun der Einsatz mit 8 Milchflaschen. Zum practischen Gebrauch wird dieser Topf bis zur Höhe der Milchsäule in den Flaschen mit kaltem Wasser gefüllt und verschlossen auf ein gelindes Herdfeuer gesetzt; hier bleibt er, bis das Thermometer auf 75 Grad steigt. Dann wird der Apparat vom Feuer genommen und in unmittelbarer Nähe des Herdes niedergestellt. Nach einer halben Stunde ist die Pasteurisation vollendet; man hat die Garantie, dass die Temperatur der Milch keinesfalls unter 70 Grad gesunken ist. Nach Ablauf von 30 Minuten wird der Deckel abgenommen, die Milchflaschen werden tüchtig gekühlt und bis zum Gebrauch möglichst kalt, am besten im Eisschrank aufbewahrt.

16) F. Riegel: Zur Prüfung der secretorischen Kraft des Magens. (Aus der med. Klinik zu Giessen.) — Bei der Prüfung der secretorischen Kraft des Magens handelt es sich darum, den Grad der noch vorhandenen Leistungsfähigkeit festzustellen. Es soll eruirt werden, ob der Magen der normaler Weise ihm zukommenden secretorischen Aufgabe noch gerecht zu werden vermag und wenn nicht, in wie weit er davon abweicht. Zu diesem Zwecke benützen die Einen die von Verf. empfohlene Probemittagsmahlzeit, die Anderen das Probefrühstück. Die Einen arbeiten nur mit der einen, die Anderen nur mit der anderen Methode. Verf. hat, soweit thunlich, in jedem Falle beide Methoden angewandt, um die Vorzüge und Schattenseiten beider zu erproben. Bequemer und einfacher als die Probemittagsmahlzeit ist jedenfalls das Probefrühstück. Und doch giebt es, wie eine von R. mitgetheilte Krankengeschichte zeigt, Fälle, wo erst die Combination beider Methoden einen vollen Einblick in die Art der Störung gewährt, wo das Probefrühstück, allein angewandt, unzureichende Auskunft giebt. Der mitgetheilte Fall ist auch noch dadurch von Interesse, dass der betr. Pat. dem Probefrühstück und der Probemittagsmahlzeit gegenüber sich entgegengesetzt verhielt, wie die sonstigen Fälle. Der Magen reagirte nämlich auf das Probefrühstück mit einer ungenügenden Saftreaction, während er bei der viel reichlicheren Probemittagsmahlzeit eine noch genügende Saftmenge absonderte, so dass es hier noch bis zur Bildung freier Salzsäure kam.

17) J. Trumpp (München): Die Intubation in der Privatpraxis. — T. hat eine internationale Sammelforschung angeregt, um zu zeigen, welche Verbreitung die ausserklinische Intubation bisher gefunden, welche Resultate sie ergeben hat, unter welchen Bedingungen sie geübt wird, und welche Maassnahmen von den Autoren angegeben werden, um die bekannten Missstände der Intubation thunlichst zu beseitigen. Neunundachtzig Aerzte Europa's und Amerika's haben sich an der Sammelforschung betheiligt. Unter denselben sprechen sich 58 für die Brauchbarkeit und Zweckmässigkeit der ausserklinischen Intubation aus. Elf Herren nehmen mehr oder weniger entschiedene Stellung gegen dieselbe. Weitere 20 verfügen über keine oder zu geringe Erfahrung, um Partei nehmen zu können.

18) A. Predöhl (Hamburg): Ueber Bacteriurie. — Verf. macht einige casuistische Mittheilungen über mehrere Fälle dieser Krankheit. Er hat dieselbe nur bei weiblichen Kranken beobachtet. Der Beginn der Krankheit ist in einigen Punkten immer ziemlich gleich, in anderen verschieden. Gemeinsam ist der Beginn mit brennenden Schmerzen beim Uriniren, die nur oder hauptsächlich bei den letzten Tropfen einsetzen und sich bis zum Tenesmus steigern können, mit Nachtröpfeln und auffällig vermehrtem Urindrang bis zur Incontinentia. Wechselnd fand Verf. Schmerz der Blase, Schmerz der einen Nierengegend oder doppelseitige, als Rückenschmerzen bezeichnete Schmerzen, die beim Nachforschen sich genau auf die Nierengegend localisiren lassen. Solcher Zustand befällt bisher ganz gesunde Individuen plötzlich und meist, ohne dass eine bestimmte Ursache zu ermitteln ist. Der Urin ist stets trübe, er klärt sich nicht beim Erhitzen, enthält kein Eiweiss, reagirt meist sauer und giebt bei der einfachen chemischen Probe gar keinen besonderen Befund. Er hat bei einigen Fällen schlechten Geruch, meist keinen üblen Geruch. Bringt man den Urin in die Centrifuge oder lässt ihn längere Zeit sedimentiren, so zeigt sich, dass der sich bildende Niederschlag lediglich aus Microorganismen besteht, die sich in allen vom Verf. beobachteten Fällen bei bacteriologischer Untersuchung als Bacterium coli erwiesen haben. Was die Frage betrifft, wie das Bacterium coli in den Urin hineinkomme und sich da vermehre, so fehlt hierfür jede sichere Erklärung. Verf. ist der Ansicht, dass es sich um eine Verbreitung des Bacterium coli auf dem Blutwege handelt und beim Auftreten ernsterer Symptome entweder um eine phlogogene Thätigkeit derselben oder um eine Bacterienembolie. Was die Therapie betrifft, so verschwindet die Bacteriurie oft ohne Behandlung; sonst muss die Behandlung rein symptomatisch sein. Am besten bewährt hat sich Verf. das Salol, ausserdem viel Milch und Fachinger, bei stärkerem Brennen auch Lindenblüthenthee. Analgen wurde lange Zeit hindurch, aber ohne Erfolg versucht. Ferrum ist vielfach nebenher erforderlich. Die Opiate lassen sich nicht entbehren. Die Prognose ist stets zweifelhaft zu stellen. Wenn auch die Bacteriurie in manchen Fällen ganz ungefährlich zu sein scheint, so ist es doch stets ganz ausserordentlich schwer, sie wieder zu beseitigen und den Urin bacterienfrei zu machen.

Centralblatt für innere Medicin, 1899, No. 37 mit 46.

1) H. Lüthje: Zwei Beiträge zur Lehre von der Acetonurie. (Aus der med. Poliklinik zu Marburg.) — Experimente an Hunden und Beobachtungen bei Epileptikern liefern den Beweis, dass Aceton nicht bei jeder Säuerung des Organismus auftritt, jedenfalls nicht bei derjenigen Säuerung, die nach Muskelkrämpfen eintritt und die vielleicht durch die Bildung von Milchsäure bedingt ist. Ferner fiel ein Versuch, bei einem diabetischen Mädchen die Acetonausscheidung durch Darreichung von Calomel zu beeinflussen, negativ aus, und dies macht die intestinale Entstehung des Acetons unwahrscheinlich. Viel wahrscheinlicher ist es, dass es sich bei den geringen Mengen, die im Darminhalt gefunden werden, um eine Ausscheidung in den Darm hinein handelt, oder aber, dass es jene kleinen Mengen sind, die v. Jaksch bei der Milchsäuregährung der Kohlehydrate auftreten sah.

2) A. Keller: Die Ammoniakausscheidung bei den Ernährungsstörungen der Säuglinge. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.) — Bei Gelegenheit von Untersuchungen über Stoffwechselanomalien bei den Ernährungsstörungen der Säuglinge fand K. in einer Reihe von Fällen die Ammoniakausscheidung im Harn vermehrt. Durch weitere Untersuchungen wurde der Nachweis gebracht, dass diese Vermehrung der Ammoniakausscheidung in einer vermehrten Bildung und Ausscheidung von sauren Stoffwechselproducten ihre Ursache hat und ferner, dass sie ausser von dem Zustand des Kindes in hohem Grade von der Art der Ernährung abhängig ist.

3) W. Winternitz und A. Strasser (Wien): Strenge Milchkuren bei Diabetes mellitus. — Die Verf. theilen die Schlussfolgerungen mit, zu denen sie aus ihren Beobachtungen über strenge Milchcuren bei Diabetikern sich berechtigt glauben: 1. Eine strenge Milchcur macht in kürzester Zeit, meist schon nach 48 Stunden, die Mehrzahl der Diabetiker zuckerfrei oder vermindert zum mindesten die Zuckerausscheidung sehr beträchtlich. 2. Bei mit Albuminurie und Nephritis verbundenem Diabetes sahen die Verf. bald nach dem Verschwinden des Zuckers aus dem Urin auch die Albuminurie abnehmen und in einigen Fällen verschwinden. 3. In manchen Fällen sieht man bei strengster Milchcur, nach Schwinden oder blosser Abnahme der Zuckerausscheidung Aceton im Urin auftreten, oder falls es vorhanden war, zunehmen. 4. In manchen Fällen tritt nach Zugabe von Fleisch zur Milch, bei dem Uebergang von der Milchcur zur gemischten Diät der bereits vollständig verschwundene Zucker in mehr oder weniger grosser Menge wieder auf. Die Einleitung einer neuerlichen strengen Milchcur bringt ihn wieder zum vollständigen Verschwinden. 5. Bei dem Uebergang von strenger Milchcur zur gemischten Diät ist es nicht mit Sicherheit zu entscheiden, ob die Zugabe von grünen Gemüsen und Cerealien nicht einer solchen von Fleisch vorzuziehen sei. 6. Einzelne Diabetiker werden durch die Milchcur vollständig geheilt und bleiben es bei gemischter Kost mit reichlicher Zufuhr von Amylaceen. 7. Meist findet bei der Milchcur im Anfang eine ganz unwesentliche Abnahme des Körpergewichts statt, bald tritt Stillstand der Abnahme und selbst ein Ansteigen des Körpergewichts ein.

Centralblatt für Chirurgie, 1899, No. 37 mit 46.

1) O. Sgambati: Neuer Trokar zur Exploration pathologischer Gewebe. (Aus der chirurg. Klinik der kgl. Universität in Rom.) — Verf. beschreibt einen von ihm construirten Trokar, mit welchem man in der Lage ist, schnell und sicher Gewebsstückchen von einer Grösse zu gewinnen, die jede genauere microscopisch-histiologische Untersuchung zulässt.

2) Watten (Lodz): Zur operativen Behandlung der Eichelhypospadie. — In einem Falle, bei dem die v. Hacker-Bardenheuer'sche Methode nicht anwendbar war, operirte W. zuerst nach der Thiersch'schen Methode; die Operation missglückte jedoch vollständig. Daher wandte er einige Wochen später eine Operationsmethode an, die von ihm des Näheren geschildert wird und im Ganzen ein befriedigendes Resultat ergab.

3) M. Rutkowski: Zur Technik der Gastroenterostomie. (Aus der chirurg. Universitätsklinik zu Krakau.) — Der Technik der Gastroenterostomie haften noch viele Mängel an. Eine wirklich brauchbare Methode muss vor Allem uncomplicirt und wenig eingreifend sein; weiter muss sie einen sicheren directen Abfluss des Inhalts in der Richtung des abführenden Darmabschnitts und die Möglichkeit einer forcirten Ernährung des Patienten sofort nach der Operation schaffen. Diesen Anforderungen glaubt R. durch folgendes Operationsverfahren entsprochen zu haben: Zuerst führt er die Gastroenterostomie nach Wölfler's erster Methode aus. Einige Centimeter oberhalb der Magen-Darmfistel cröffnet er dann den Magen durch einen kleinen Schnitt. Durch die Oeffnung führt er ein Drainrohr in das Mageninnere und weiter durch die Magen-Darmfistel in den abführenden Abschnitt der Jejunumschlinge ein. Um das Drainrohr näht er die Magenwand nach der Methode Witzel's oder Kader's. Nach 10 Tagen wird das Drainrohr entfernt. Die Drainfistel heilt in ungefähr einer Woche. Das Verfahren beruht also auf einer Combination der Wölfler'schen Gastroenterostomie mit der temporären Gastrostomie nach Witzel oder Kader behufs Einführung eines Drainrohrs in den abführenden Theil der Jejunumschlinge. R. hatte 3 Mal Gelegenheit das Verfahren in Anwendung zu bringen. Der postoperative Verlauf war in allen Fällen ein vollkommen zufriedenstellender. Die Kräftezunahme erfolgte auffallend rasch, bei keinem der Operirten hatte sich Erbrechen eingestellt.

4) Th. v. Dembowski (Wilna): Zur Amputation des Mastdarmvorfalls. — Um die durch die Weinlechner'sche Methode nachträglich noch sehr oft verursachten Stricturen und auch den Blutverlust zu vermeiden, operirt D. nach folgender Methode: Eine 25 cm. lange und 4 mm. dicke Nadel wird durch den vorgefallenen Mastdarm, nahe an der Basis, etwa in der Richtung von einem Tuber ischii zum anderen durchgestochen. Nun umgreift er mit dem 2. und 3. Finger der rechten und der linken Hand die Nadel im Mastdarmlumen und breitet die vordere und die hintere Hälfte der Mastdarmwand längs der Nadel aus. Die auf solche Weise quer angespannten Mastdarmwände werden mit 2 Eisenspangen an die in der Mitte liegende Nadel fest angedrückt

und jede für sich an ihren beiden Enden mit der Nadel durch starke Ligatur verbunden. Noch einmalige Reinigung und unter stetiger Irrigation Abtragen des Vorfalls mit einem langen scharfen Messer ungefähr 1 cm. vor den Eisenspangen. Man bekommt eine reine und glatte Schnittfläche. Zuerst wird dann zwischen der oberen Spange und der Nadel der vordere Peritonealschlitz aufgesucht und sorgfältig vernäht. Dann werden auf der ganzen Schnittfläche die sichtbaren Gefässe unterbunden. Jetzt erfasst ein Assistent die beiden Enden der oberen Eisenspange und der Nadel, die Ligaturen, die diese Enden verbinden, werden durchtrennt, und der Assistent lüftet ein wenig die obere Eisenspange. Die Gefässe, die dabei zu bluten anfangen, werden unterbunden, und die ganze vordere Partie der Mastdarmwand wird vernäht. Dasselbe geschieht nachher mit der hinteren Hälfte. Die circuläre Nahtlinie wird mit Jodoform bepudert und durch Reposition des Amputationsstumpfes versenkt.

5) Th. v. Dembowski (Wilna): Zur Drainage der Gallenwege. — Die von D. angegebene Vorrichtung zur Drainage der Gallenwege ist nach dem Princip der sogenannten Entwöhnungscanüle nach Tracheotomie construirt. Sie besteht aus 2 Halbcylindern, die durch 2 mit einander durch leichte Stäbchen verbundene Ringe zu einem geschlossenen Rohr vereinigt werden können. Jeder Halbcylinder hat an seinem oberen Ende ein Gewinde, so dass man, wenn sie zusammengelegt sind, diese oberen Enden noch durch eine leicht aufschraubbare Hülse fest vereinigen kann. An den unteren Enden tragen die Halbcylinder je einen kurzen Cylinder, an welchem ein dünnwandiges Gummiröhrchen befestigt wird. Diese Gummiröhrchen werden an die kurzen Cylinder genäht, wozu kleine Löcher dienen. Zwei von diesen Löchern liegen am unteren Ende des Halbcylinders, zwei andere an der unteren Fläche des Cylinders. Die Löcher liegen so nahe in jedem Paar an einander, dass der befestigende Faden in dem Lumen nicht prominirt, nur fast wandständig liegt. Die Drainage wird so hergestellt, dass zuerst ein Gummiröhrchen in der Richtung zum Duodenum, dann das zweite in der Richtung zum Hepaticus gesondert eingeführt wird, worauf man die zwei Ringe auf die Halbcylinder bis zu den kurzen unteren Cylindern schiebt und die oberen Enden zusammenschraubt und schliesslich die obere Oeffnung durch einen Kork verstopft. Die Canülen sind in 3 Stärken ausgeführt.

6) D. Stapler (St. Paulo, Brasilien): Neue Nahtmethoden mit ausziehbaren Fäden. — St. giebt eine neue Blasennaht an. Man sticht eine mit einem Seidenfaden armirte Nadel durch die Haut ein und unterhalb des Fettgewebes aus; dann wird mit derselben eine Steppnaht so ausgeführt, dass die Muscularis, aber nicht die Mucosa durchstochen wird. Die auf der Musculatur liegenden Oesen, die der Faden bildet, müssen klein, die unter dem Peritoneum liegenden aber gross sein, was man dadurch erreicht, dass oberhalb stets knapp, unterhalb aber in einer Distanz von 1 bis 1½ cm. eingestochen wird. Die gleiche Steppnaht wird auf der anderen Seite ausgeführt. Dann wird eine mit einem Doppelfaden armirte Nadel unter die Haut ein- und unter dem Fettge-

webe ausgestochen und dann die Nadel im Zick-Zack durch die Fadenösen der Steppnaht geführt, bis man am Ende wieder unter der Haut ausstechen kann. Es werden dann die Fadenenden angezogen und über einem Bäuschchen geknüpft, und dies genügt, um die Wundränder zum Verschluss und ziemlich breitem Aneinanderliegen zu zwingen. Oberflächliche Hautnähte vollenden die Naht. Eine zweite von St. beschriebene, zur Vereinigung der Bauchwunden bei Laparotomien geeignete Naht ist eine rasch und leicht anzulegende Knopfnaht; sie erzeugt keine grosse Spannung, und auch diese nur punktförmig, und ist endlich sehr leicht entfernbar. Man sticht die Nadel ca. 1½ cm. vom Schnittrand von der Haut aus durch das Fett, fasst Muskel, Fascie und Peritoneum der einen Seite, Peritoneum, Fascia und Musculatur der anderen Seite; aber statt nun durch die Haut dieser Seite auszustechen, wird die Nadel zurückgeführt und unter dem Fettgewebe durch die Haut jener Seite geführt, wo auch eingestochen wurde. Um die Spannung der Fäden gleichmässiger zu vertheilen, wird ein Mal rechts, das andere Mal links eingestochen. Nun werden die Fadenenden über einem Gazestreifen geknüpft; durchschneidet man diesen Gazestreifen zuletzt und kürzt die Enden, so hat man kleine Bäuschchen. Das Entfernen ist ausserordentlich leicht. Man zieht ein Bäuschchen vor, durchschneidet einen Faden knapp über der Haut und man wird staunen, wie leicht er hinausschlüpft. St. näht nunmehr nur auf diese Weise und glaubt, dass man dadurch, wenn auch die Bauchdeckenabscesse nicht absolut vermeiden, aber doch mit jeder Sicherheit die langwierigen Eiterungen, die die nachträglich inficirten Seidenschlingen sonst unterhalten, beseitigen kann.

7) J. B. Seldowitch: Ueber Cocainisirung des Rückenmarks nach Bier. (Aus der chirurg. Abth. des Obuchow'schen Frauenhospitals in St. Petersburg.) — S. berichtet über 4 Operationsfälle, bei denen nach dem Vorgang von Bier die Anästhesie vermittels Einführung von Cocain in den Rückenmarkscanal hervorgerufen wurde. Bei allen 4 Fällen trat entgegen der Beobachtung von Bier nach der Operation ein mehr oder weniger starker Frostanfall auf mit raschem Steigen der Temperatur bis 40 Grad und nachfolgendem Sinken derselben. Was die Ursache dieser Nebenerscheinungen betrifft, so scheint es S., dass dieselben entgegen der Ansicht von Bier der toxischen Wirkung des Cocains selbst zugeschrieben werden müssen. Die Injection von 2 Spritzen einer Salzlösung in den Rückenmarkscanal eines Hundes rief keine Temperatursteigerung hervor. S. spricht die Hoffnung aus, dass bei weiterer experimenteller und klinischer Bearbeitung des von Bier vorgeschlagenen neuen Wegs zur Einführung von Anästheticis in den menschlichen Körper es gelingen wird, mittels Modificationen der injicirten Flüssigkeiten und deren Dosirung dieselben glänzenden Resultate zu erreichen, ohne die in gegenwärtiger Zeit unangenehmen Nebenerscheinungen zu beobachten.

8) T. Cavazzani (Pavia): Ein neues Verfahren für die Resection des Ellbogengelenks. — C. empfiehlt eine neue Methode, die er für sehr bequem und wirksam hält, weil sie die subperiostale Trennung ein-

schränkt und einen weiteren Zugang zu allen Gelenkbuchten gewährt. Das Verfahren ist folgendes: Hat man die Orientirungspunkte des Gelenks, hauptsächlich das Olecranon, den Kopf des Radius und die Sehne des Biceps erkannt, so führt man ungefähr 2 cm. unter der Spitze des Epicondylus einen Hautschnitt, der aussen von der Tendo bicipitis beginnt und quer nach aussen, parallel der intraarticulären Linie läuft; dann zieht derselbe schief von hinten nach oben, um am inneren Rand der Ulna neben der Spitze des Olecranon zu endigen. Ist der Einschnitt ausgeführt, so verlängert man den oberen Lappen ein wenig nach oben, um so die Furche freizulegen, welche den Anconaeus von den epicondylischen Muskeln trennt. Ueber dieser Furche trennt man die Aponeurosis der Länge nach von dem Collum radii bis über den Epicondylus und schiebt die epicondylischen Muskeln nach innen, indem man ihren Ursprung vom Humerus ablöst. So legt man die Gelenkcapsel bis zum Proc. coronoideus ulnae frei. Andererseits trennt man die Insertion des M. anconaeus oder man schneidet ihn quer durch, um so den Epicondylus von seinen Muskelverbindungen mit dem Vorderarm ganz zu befreien. Nun trennt man theilweise und in Zusammenhang mit dem Periost der Ulna die Tendo tricipitis, doch nur im äusseren Theil, los, so dass die radiale Hälfte des Olecranon und seine Spitze freiliegen. Diese Abtrennung betrifft nur die Hälfte der Sehne. Behufs Eröffnung des Gelenks und Verrenkung durchtrennt man in der Gelenklinie die Ligg. lata externa und Capsel, durchschneidet quer alle weiteren Capsel- und Bandverbindungen nach vorn bis zum Proc. coronoideus, hinten bis zur Spitze des Olecranon und verrenkt nun den Vorderarm vom Oberarm durch eine übertriebene Adductionsbewegung, bis zuletzt die innere Seite der Hand die Achselhöhle berührt. Ist die Operation zu Ende geführt, reducirt man wieder, näht das Lig. lat. extern., den Anconaeus und die Haut und stellt so die Articulation wieder in ihren früheren Stand, ohne jeden grossen Schaden, da die Verrenkung weder Gefässe noch Nerven schädigt. Nach 8—10 Tagen, wenn die Weichtheilwunden vernarbt sind, können die passiven Bewegungen beginnen.

9) A. Keiler (Berlin): Ein Beitrag zur Sehnenplastik bei Lähmungen. — K. beschreibt einen Fall, aus dem hervorgeht, dass es möglich ist, durch Sehnenüberpflanzung die Function eines Muskels selbst bei lange bestehender Lähmung und atrophischer Musculatur zu ersetzen. Innerhalb weniger Wochen nach der Operation konnte Pat. bereits die Finger activ strecken, konnte auch durch electrischen Reiz die Streckung der Finger ausgelöst werden.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899, No. 37 mit 42

1) Zweifel: Kniehebelklemmen zur Blutstillung durch grossen Druck. — Das von Koeberle zuerst aufgestellte Princip der dauernden Blutstillung durch Quetschung der Gefässe ist von Doyen und Thumin weiter ausgebildet worden. Z. hat die den bisherigen Instrumenten anhaftenden Mängel und Nachtheile durch eine von ihm construirte Kniehebelklemme zu beseitigen versucht, deren Abbildung und Beschreibung in der Originalarbeit nachzusehen sind. Ferner hat Z. auch

gewöhnliche Arterienklemmen mit Kniehebeleinrichtung anfertigen lassen, mit denen es möglich ist, fast alle Ligaturen an kleineren Gefässen überflüssig zu machen.

2) R. Kossmann (Berlin): Ein vereinfachter Angiothryptor. — Auch K. hat ein Instrument zur Blutstillung construirt, dem er den Namen Angiothryptor gegeben hat. Das Instrument unterscheidet sich von früheren Modellen dadurch, dass seine Branchen sich nicht kreuzen, sondern nach Art eines Handschuhweiters zusammengefügt sind.

3) C. D. van Rossem: Ueber Angiothrypsie. — v. R. beschreibt ein drittes Instrument zu dem gleichen Zwecke, das von dem Instrumentenmacher Hoefftke in Leiden construirt wurde. v. R. hat damit Versuche an Thieren angestellt, denen er isolirte grössere Arterien, spec. die Aorta und Femoralis, abklemmte. Eine dauernde Blutstillung wurde nicht in allen Fällen erreicht; das Instrument musste 3 Minuten oder noch länger liegen bleiben, um eine Nachblutung zu verhüten. Am Menschen wurde das Instrument in Leiden noch nicht versucht, doch hofft v. R., dass bei weiteren Verbesserungen die Blutstillung ohne Ligatur ein Gewinn für die gynäcologische Operationstechnik sein wird.

4) E. Wormser: Eine Gefahr der Brutapparate. (Aus der geburtshilf. Klinik in Basel.) — Eine ernste Gefahr der Brutapparate bringt die nur schwer durchführbare Ueberwachung der Kinder im Apparat mit sich, das ist die Erstickung beim Brechact. W. beschreibt einen derartigen Fall aus der Baseler Klinik. Um 11 Uhr Nachts wurde dem dem Brutschrank überantworteten Kinde zum letzten Male die Flasche gereicht. Als 2 Stunden später die Wärterin ihm wieder eine Ration geben wollte, fand sie es bereits todtenstarr im Brutofen liegen. Die Section ergab Erstickung infolge aspirirter Milch beim Brechact. Zur Vermeidung ähnlicher Unglücksfälle empfiehlt W., die Kinder nicht sofort nach dem Trinken in den Brutschrank zu legen, sondern erst, nachdem sich gehörige Ructus eingestellt haben und eventuell zu viel genossene Milch erbrochen worden ist.

5) Schlutius (Krefeld): Celluoidzwirn nach San.-Rath Dr. Pagenstecher. — Dieser Zwirn beseitigt nach Sch. die dem nicht resorbirbaren Nähmaterial, welches bisher im Gebrauch war, anhaftenden Nachtheile fast völlig. Er wird hergestellt durch Kochen, Entfetten, Sterilisiren und Imprägniren des besten englischen, grauen Zwirns mit einer besonders präparirten Celluloidlösung. Dadurch erhält der Zwirn eine grosse Festigkeit und Steifigkeit, ohne jedoch die erforderliche Elasticität zum Knoten zu verlieren. Ein Vereitern der Stichcanäle bei Zwirnsuturen wurde fast nie beobachtet, was wohl darin seine Begründung findet, dass durch die gleichmässige Durchtränkung des Materials mit dem unlöslichen Celluloid eine Imbibition mit Wundsecret unmöglich geworden ist. Sch. ist der Ansicht, dass der Celluloidzwirn die Seide als Näh- und Unterbindungsmaterial in Bälde verdrängen dürfte.

6) C. H. Stratz (den Haag): Kolpotomia lateralis. — Um die Uterinae und höher oben im Parametrium die Ureteren zu vermeiden und ferner eine Eröffnung des Peritoneums, sei es im Douglas, sei es ir der Blasengegend, möglichst zu verhüten, schlägt St. folgendes Ver-

fahren ein: Zunächst sucht er in der Vagina den Puls der Uterina, und dann bringt er zwei lange, gerade, schmale Seitenhebel in das vorderste und hinterste Laquear und lässt durch dieselben die Vagina spannen, ohne jedoch durch Herunterziehen der Portio die Organe weiter zu dislociren. Nun legt er den Schnitt parallel hinter die Uterina, und zwar so, dass der obere Ausgangspunkt etwas seitlich hinter der Portio lag. Geht man zu weit nach hinten, dann besteht Gefahr für Eröffnung des Douglas, zu weit nach vorn für Verletzung der Arteria uterina und der bei Tumoren ja oft dislocirten Ureteren. Ist die Vagina in einer Länge von 5—8 cm. durchschnitten, dann kann man mit überraschender Leichtigkeit in das Parametrium stumpf vordringen, die dort liegenden Tumoren leicht ausschälen und dem Auge gut zugänglich machen. St. hat das Verfahren bis jetzt in zwei Fällen angewandt, und hat sich dasselbe hier sehr gut bewährt.

7) G. Zepler (Berlin): Eine Modification des Röhrenspeculums: Geschlitztes Speculum. — Doppelschlitzspeculum. — Die von Z. angegebene Verbesserung besteht in der Anbringung einer oder mehrerer Längsspalten in der ganzen Länge des Röhrenspeculums, bezw. nur über einen Theil seiner Länge hinweg. Diese Aenderung gestattet nun aufs leichteste und bequemste die Application von Kugelzangen, Muzeux, Sonde, doppelläufigen Uteruskatheter etc. Ferner ist wegen des Schlitzes das Gesichtsfeld an der Spitze der Röhre grösser, mithin auch in schwierigeren Fällen die Portio leichter aufzufinden und vollends wegen der leichten Application eines Hakens oder der Kugelzange die gänzliche Einstellung der Portio sehr erleichtert.

8) A. Winter: Ein Fall von Achsendrehung des Uterus bei linksseitigem Kystoma ovarii mit Verlagerung des Tumors auf die rechte Seite. — Bei dem von W. beschriebenen Falle handelte es sich um ein linksseitiges Kystoma ovarii multiloculare, das in toto nach rechts verlagert und dort durch feste Adhäsionen mit Darm und Netz, besonders auch mit Coecum und Proc. vermiformis festgehalten war. Weiterhin war dann eine Drehung des Corpus uteri mit Ausziehung der linken Tubenecke zu Stande gekommen.

9) W. Zangemeister: Soll die Perforation stets mit der Extraction des Kindes verbunden werden? — Die Ansichten über die Zweckmässigkeit des sofortigen Anschliessens der Extraction an die Perforation sind nicht die gleichen. Während auf der einen Seite Spiegelberg unbedingt der Perforation die Beendigung der Geburt folgen lässt, will Schröder, wenn nicht besondere Gegengründe vorliegen, die beiden Operationen getrennt wissen. In ähnlichem Sinne wie Spiegelberg äussern sich Zweifel, Martin, Winckel, Fehling, während ausser Schröder, Ahlfeld und Kehrer nur unter gewissen Bedingungen die Extraction anschliessen. Z. schliesst sich der Ansicht Schröder's an und widerlegt die angeblichen Gefahren, die das Abwarten nach sich ziehen soll. Als Vortheil der Perforation ohne sofort nachfolgende Cranioclasie und Extraction sieht Z. den Umstand an, dass man sie früher machen kann, zu einer Zeit, wo der Muttermund für eine Cranioclastextraction noch nicht genügend erweitert ist. Die

Erweiterung geht nach der Perforation meist überraschend schnell vor sich, die Wehen werden besser, wo sie schlecht waren, und manche Geburt wird schneller verlaufen, wenn wir bei engem Muttermund perforiren und der Natur die Ausstossung überlassen, als wenn wir abwarten, bis der Muttermund für die Cranioclasie genügend erweitert ist, und nun forcirt entbinden. Die Nachtheile der Extraction bestehen in der Nothwendigkeit einer Narcose, der forcirten Entleerung des Uterus, durch welche es leichter zu Anomalien der Placentarlösung und zu Atonie kommt und bei der neue Verletzungen gemacht und Infectionsstoffe in den Uterus gebracht werden können.

10) S. Mirabeau (München): Lymphangoitis gonorrhoica. Ein Beitrag zur Impfinfection mit Gonococceneiter. — M. hatte sich bei Anlegung einer Naht gelegentlich einer Operation einer an Uterusgonorrhoe leidenden Patientin in die linke Daumenkuppe gestochen und sich dadurch eine Lymphangoitis des Armes und eine Pustel mit haemorrhagisch purulentem Inhalt an der Einstichstelle am Daumen zugezogen. Die microscopische Untersuchung des Inhaltes der Pustel ergab, dass darin neben rothen Blutkörperchen und Leucocyten ausschliesslich Diplococcen in der typischen intracellulären Anordnung der Gonococcen vorhanden waren. Leider hatte M. kein Material mehr, um die Gram'sche Färbung noch durchzuführen, so dass er den stricten Beweis von der Identität dieser Bacterien mit Gonococcen nicht erbringen konnte. Trotzdem ist M. überzeugt, dass es sich thatsächlich um Gonococcen handelte. Er bespricht dann noch in ausführlicher Weise die einschlägige Literatur über gonorrhoische Impfinfection.

11) R. Biermer (Wiesbaden): Bemerkungen zu dem geschlitzten Speculum von Dr. Zepler (Centralblatt für Gynäcologie, No. 39.) — B. benützt das von Zepler angegebene geschlitzte Röhrenspeculum (mit einfachem Schlitz) schon seit 3½ Jahren und ist mit demselben sehr zufrieden.

12) M. v. Strauch (Moskau): Zur Frage der Tubenwehen. — Schon auf dem ersten internationalen Gynäcologencongress in Brüssel im Jahre 1892 hatte St. ein Präparat demonstrirt, dass die Existenz der Tubenwehen beweisen sollte. Um das schöne Präparat damals unversehrt zu zeigen, hatte er für den Congress noch nicht microscopische Schnitte aus der Wand anfertigen lassen, und es wurde damals auch gesagt, dass der Fall nur dann beweiskräftig für Tubencontraction ist, wenn auch das Micrsocop Hypertrophie der musculären Elemente der Tubenwand wird erkennen lassen. Dieses Postulat ist nunmehr nachgeholt und hat in der That eine bedeutende Zunahme der Musculatur der betreffenden Tubenwand erkennen lassen. In diesem Jahre nun hat St. durch Laparotomie ein zweites Präparat gewonnen, bei dem aus dem eröffneten Ostium abdominale das Schwangerschaftsproduct in die freie Bauchhöhle hinausschaute. Die microscopische Untersuchung des Präparats liess in der Tubenwand die schönsten Muskelfasern erkennen, von einer besonders ausgesprochenen Hypertrophie der Muscularis konnte man in diesem Falle nicht reden. Somit glaubt St., dass man die Möglichkeit der Tubenwehen entschieden wird zugestehen müssen. Sie sind

in der That nicht häufig. Unter 127 Operationen wegen Extrauterin-Gravidität konnte er dieselben nur zweimal einwandfrei beobachten.

Virchow's Archiv, 1899, Heft 1 mit 3, Schluss.

1) P. Linser: Ueber einen Fall von congenitalem Lungen-Adenom. (Aus dem pathol.-anatom. Institut zu Bern.) — Es handelte sich um einen 13jährigen Jungen, der mit der Diagnose Pleuritis in das Hospital geschickt worden war. Bei der Section fand sich ein Tumor, der hauptsächlich die linke Pleurahöhle und die Gegend des Mediastinum bis zum Jugulum hinauf einnahm. Er verdrängte die linke Lunge in den Pleura-Sinus, das Herz ganz nach rechts über die Mittelinie hinüber, während die rechte Lunge weniger betheiligt, nur in dem oberen und medialen Theil an die Knorpel-Knochen-Grenze zurückgeschoben war. Verf. bespricht dann ausführlich die Frage nach der Genese des Tumors und die Gründe, die zur Diagnose auf Adenom der Lunge, eventuell mit sarcomatösem Character leiteten.

2) R. Borrmann: Zum Wachsthum und zur Nomenclatur der Blutgefässgeschwülste. (Aus dem pathol. anatom. Institut der Universität Breslau.) — Der absolute Vertreter des Wachsthums der Geschwülste aus sich heraus, durch Proliferation ihrer eigenen Elemente, ist bekanntlich Ribbert, der direct der Möglichkeit der Vergrösserung einer Geschwulst durch cellulare Contact-Infection widerspricht, und diese seine Ansicht in vielen Arbeiten klar ausgeführt und so gut wie bewiesen hat. Auf Grund eingehender histiologischer Untersuchungen, die er in seiner Arbeit niedergelegt, giebt B. einen neuen Beweis für Ribbert's Ansicht. Die näheren Details sind in der Originalarbeit nachzusehen.

3) C. Ritter: Ein eigenartiges Fibro-Sarkom am Halse. (Aus der Kieler chirurgischen Universitätsklinik.) — Es handelte sich um einen Tumor, den eine 27jährige Frau vor zwei Jahren bemerkt hatte. Sie hatte zuerst Beschwerden beim Schlucken; es war ihr, als ob etwas im Halse stecken blieb. Langsam war dann an der rechten Halsseite eine Geschwulst hervorgetreten, die im Laufe der Zeit nur wenig wuchs. Athembeschwerden hatte sie weiter nicht gehabt. Es wird ein 10 cm. langer Hautschnitt von dem Angulus mandib. nach abwärts gemacht und versucht, hinter den Gefässen zur Geschwulst zu gelangen; da dies schlecht geht, wird vor der Carotis in die Tiefe gegangen, weil hier die Hauptmasse der Geschwulst sich vordrängt. Hierbei wird die A. thyr. sup. unterbunden. Nun lässt sich die Geschwulst leicht ausschälen. Naht mit Drainage. Heilung. Der exstirpirte Tumor erwies sich als eine etwa hühnereigrosse, weiche, hellrosa-rothe Geschwulst mit glatter Oberfläche. Sie besass eine deutliche bindegewebige Membran; auf dem Durchschnitt war die Schnittfläche nicht ganz glatt, von gleicher, etwas hellerer Farbe. Sie war sehr saftig, aber blutarm. Die Substanz des Tumors schien nicht aus einer Gewebsart zu bestehen. Vielmehr konnte man deutlich ganz kleine Knötchen erkennen, die durch Zwischengewebe getrennt waren. Die microscopische Untersuchung ergab die Diagnose Fibro-Sarcom. Die Retropharyngealtumoren sind ausserordentlich selten. Im Ganzen sind nur etwa 25—30 Fälle beschrieben worden.

4) M. Scheier (Berlin): Zur Section des Nasen-Rachenraums (nach anatomischen Präparaten von Prof. Stieda). (Aus dem pathol. Institut zu Berlin.) — Auf dem Präparirsaal, wo dem Anatomen der Kopf der Leiche ganz zur Verfügung steht, gestaltet es sich ja leicht, die so versteckt liegenden Regionen des Nasen-Rachenraumes sich zugänglich zu machen, indem man den Kopf vollkommen zergliedert, sei es durch Sagittal-, Frontal- oder Horizontalschnitte. Im pathologischen Institut dürfen jedoch bei der Section die Leichen im Gesicht nicht beschädigt werden, mit Rücksicht auf die Aufbahrung darf keine Verstümmlung und äusserlich sichtbare Verletzung des Kopfes vorgenommen werden. Sch. beschreibt nun eine Sectionsmethode des Nasen-Rachenraums, deren Hauptvortheil darin liegt, dass sie in jedem Falle, wo eine Section der Halsorgane ausgeführt werden darf, auch vorgenommen werden kann, und zwar schnell und leicht, und dass wir bei jeder Autopsie das Cavum pharyngo-nasale, das doch eine so wichtige Rolle bei den verschiedensten Erkrankungen bildet, nunmehr berücksichtigen und die pathologischen Veränderungen genauer studiren können. Auch in Fällen, in denen die die Schädelsection nicht gestattet wird, was sowohl im Krankenhause, wie in der Privatpraxis nicht zu selten vorkommt, und wo gerade die Untersuchung des Nasen-Rachenraums von grösster Wichtigkeit sein kann, wird man diese Methode anwenden.

5) O. Busse (Greifswald): Ueber Bau, Entwicklung und Eintheilung der Nieren-Geschwülste. — Verf. beschreibt und bespricht eine Anzahl von Nierengeschwülsten mit Rücksicht auf die Frage nach der Entstehung der morphologisch sehr verschiedenen Tumoren aus einer einheitlichen Matrix. Diejenigen Tumoren, welche mehr zum Zwecke des Vergleichs aufgeführt werden (Fibrome) oder sich nur durch besonders seltene Befunde auszeichnen (Myome) sind kürzer abgehandelt, während die complicirten Tumoren, welche gleichzeitig typische und atypische Wucherungen von Epithel und Stroma, namentlich glatte und quergestreifte Muskeln, Knorpel- und Ganglienzellen enthalten, ausführlich beschrieben sind. B. kommt zu der Schlussfolgerung, dass es ebensowenig anzunehmen ist, dass in der Niere eine Geschwulstgruppe (embryonales Adeno-Sarcom), die in der Structur durchaus mit der in Entwicklung begriffenen Niere übereinstimmt, von versprengten Theilen des Wolf'schen Körpers ausgeht, wie es statthaft ist, dass eine zweite Gruppe, Strumae suprarenales aberratae, welche mit reifem oder unreifem Nierenparenchym nicht die geringste Aehnlichkeit hat, einiger papillärer oder cystischer Bildungen wegen als Derivat der Niere gedeutet wird. Verf. scheint es am ungezwungensten, für die erste Gruppe als Typus die embryonale Niere, für die zweite die reife oder embryonale Nebenniere anzunehmen.

6) E. Salkowski: Ueber die antiseptische Wirkung von Salicyl-Aldehyd und Benzoesäure-Anhydrid. (Aus dem chemischen Laboratorium des pathol. Instituts zu Berlin.) — Veranlasst durch eine kürzlich erschienene Abhandlung von Bokorny „Ueber die Wirkung der ätherischen Oele auf Pilze" theilt Verf. seine schon früher hinsichtlich

der stark antiseptischen Wirkung des Salicylaldehyds gemachten Versuche und die dabei erhaltenen Resultate mit.

7. J. Arnold (Heidelberg): Ueber Granulafärbung lebender und überlebender Leukocyten. — Zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

8) K. Sudsuki: Ueber Lungen-Emphysen. (Aus der anatom. Anstalt des allgem. Krankenhauses am Friedrichshain.) — Verf. theilt die Ergebnisse seiner das Lungen-Emphysem betreffenden Untersuchungen mit, welche er unter Leitung von Prof. Hansemann gemacht hat. Er zieht aus denselben den Schluss, dass das Lungen-Emphysem weder durch die qualitativ oder quantitativ mangelhafte Entwicklung der elastischen Fasern, noch durch den Schwund derselben verursacht wird, sowie dass bei Emphysem die elastischen Fasern nicht früher, als die anderen Gewebselemente zum Schwunde kommen. Die Aetiologie der Krankheit ist mehr in mechanischen Ursachen zu suchen. Die Alveolen werden durch mechanische Momente stärker und häufiger als in der Norm erweitert, in Folge dessen büsst die Alveolenwand ihre Elasticität wie ein zu viel und zu oft gedehntes Gummiband ein.

9) Prowe (Hamburg): Ankylostomiasis in Central-Amerika. — Verf. theilt seine in dieser Hinsicht in Central-Amerika gemachten Erfahrungen mit. Betreffs der Entstehung der Ankylostomiasis ist er der Ansicht, dass die Ankylostoma-Larven gewöhnlich mit dem Staub auf den zum Essen benutzten Händen und auf den Esswaaren in den Mund gelangen, manchmal auch direct durch Staub aufwirbelnde Reiter, Karren und Gewitterwinde. Die Diagnose ist leicht durch den Nachweis der characteristischen, stets schon im Furchungszustande des Dotters befindlichen Eier im Stuhle des Wirths zu stellen. Therapeutisch hat sich Verf. am besten das Thymol in einer einmaligen Dosis von 6,0 bis 8,0 bewährt. Vorhergehende Darmentleerung und Abführmittel sind selbstverständlich. Terpentin, Salol und Santonin erwiesen sich als gänzlich unwirksam.

10) R. Oestreich und Slawyk: Riesenwuchs und Zirbeldrüsen-Geschwulst. — Von dem in mehrfacher Beziehung interessanten Falle sei in Kürze Folgendes mitgetheilt: Es handelte sich um einen 4jährigen Knaben, der am 4. Juli 1898 in die Kinderklinik der Berliner Charité aufgenommen worden war. Im Alter von 1 Jahre hatte er öfter bei Gemüthserregungen Krampfanfälle; während derselben war er anscheinend besinnungslos und schlug um sich: Dauer der Anfälle sehr kurz. Seit dem 3. Lebensjahre zeigte das vorher sehr lebhafte Kind ein auffallend stilles und scheues Wesen, sass meist in der Ecke und weinte viel. Seit der gleichen Zeit entwickelte sich der Körper auffallend rasch und stark; namentlich wuchs der Penis übermässig. Die Eltern führten dies auf Masturbation zurück, konnten jedoch nichts Sicheres beobachten. In den letzten 4 Wochen wurde der Gang unbeholfen und schwerfällig; es zeigten sich Zustände psychischer Verwirrtheit, bei denen das Kind regungslos vor sich hinstierte und auf Fragen nicht antwortete. Die vegetativen Functionen erlitten keine Veränderungen, die Esslust war sehr rege. Zur Zeit der Aufnahme in die Klinik betrug die Körperlänge 108 cm., Körpergewicht 20 kg., entsprechend etwa einem Kinde von 7

bis 8 Jahren. Die Extremitäten sind von natürlicher Länge und Beschaffenheit, keine Verdickungen der Endglieder; active und passive Beweglichkeit nicht herabgesetzt; grobe motorische Kraft gut erhalten. Gang etwas unsicher; leicht spastisch ;Mammae hypertrophisch, 2 cm. hoch; es lässt sich Colostrum ausdrücken. Penis stark hypertrophisch, in schlaffem Zustand 9 cm. lang. Hoden von der Grösse eines Taubeneies; am Mons veneris reichliche, 1 cm. lange dunkle Schamhaare. Nach den Ergebnissen der Untersuchung musste es sich bei dem Kinde um eine raumbeschränkende Hirnaffection handeln; hierfür sprachen ausser dem schon Erwähnten das Vorhandensein von Stauungspapille, der langsame, unregelmässige Puls, sowie der leicht spastische Gang und die erhöhten Reflexe. Da die Erscheinungen des Hydrocephalus fehlten, so kam in erster Linie ein Hirntumor in Frage. Bei dem Mangel an Herdsymptomen musste sein Sitz in einer Region angenommen werden, wo er Ausfallserscheinungen nicht hervorzurufen brauchte, also etwa in der Mittellinie oder in den Markmassen der Hemisphären. Da gleichzeitig die deutlichen Zeichen des Riesenwuchses vorhanden waren, so lag es nahe, die Gehirnerscheinungen mit dem abnormalen Körperwachsthum in Zusammenhang zu bringen und einen Tumor der Hypophysis cerebri anzunehmen. Allerdings fehlte im vorliegenden Falle das abnorme Wachsthum der extremen Theile (Hände, Füsse, Nase, Mund), das für Acromegalie als typisch gilt; aber einerseits waren in der Hypertrophie der Mammae und des Penis Andeutungen von Spitzenwachsthum vorhanden, andererseits schien der Fall von Uhthoff, bei welchem ein in der Jugend nur Riesenwachsthum zeigendes Kind während der Pubertät die typischen Zeichen der Acromegalie bekam, die Brücke zwischen Riesenwuchs und Acromegalie zu bilden. Es wurde demnach die Wahrscheinlichkeits-Diagnose auf Tumor der Hypophysis mit secundärem Riesenwuchs gestellt. Unter zunehmenden Krämpfen trat am 12 August der Tod ein. Die Section ergab, u. a., dass der hintere Theil des dritten Ventrikels durch einen unregelmässigen, zum Theil cystischen Tumor, welcher in seiner Lage der Gl. pinealis (Zirbeldrüse) entspricht, eingenommen wurde; letztere fehlt. Der Tumor zeigt ausser den Cysten festere Theile und sandartige Partien. Die Grösse der Geschwulst beträgt etwa die eines kleinen Apfels. Hypohisis cerebri weder vergrössert, noch verkleinert, erweist sich bei microscopischer Betrachtung normal. Anatomische Diagnose: Psammo-Sarcoma cysticum gland. pinealis. Hydrocephalus internus. Riesenwuchs.

11) G. Löwenbach: Beitrag zur Histogenese der weichen Naevi. (Aus Dr. Max Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.) — L. bespricht die Entstehung eines von ihm beobachteten Falles und im Anschluss hieran die einschlägige Literatur.

12) C. Abée: Ueber multiloculären Echinococcus der Leber und einen Fall von Echinococcus des Beckens und des Oberschenkels. (Aus dem pathol. Institut in Marburg.) — Verf. beschreibt und bespricht drei Fälle von mutliloculärem Leberechinococcus, und einen Fall von Knochenechinococcus.

13) E. Aron: Die Lungen-Ventilation bei Aenderung des Athmo-

sphären-Druckes. (Aus dem pneumatischen Institute der jüdischen Gemeinde in Berlin.) — Aus den vom Verf. angestellten Versuchen geht hervor, dass das Quantum Luft, welches in einer bestimmten Zeit in verdichteter Luft durch die Lungen hindurch passirt, nicht unbedeutend wächst im Vergleiche zur Athmung bei Atmosphärendruck, dass dagegen bei Athmung in verdünnter Luft in der Zeiteinheit wesentlich geringere Luftquantitäten durch die Lungen durchventilirt werden, als bei Atmosphärendruck.

FEUILLETON.*

A Few Early Troubles and Errors.

BY

Dr. Henry J. Wolf, New York.

Mr. President and Gentlemen: Someone has said that it requires but two persons to make us completely miserable; an enemy to speak ill of us, and a friend to bring back the evil reports. In this way I once learned what a whilom patient regarded as the gravest error in my life, namely, that I ever become a doctor.

It came about in this way. At a very early period in my life my nearest neighbors were a large family whose manifold troubles were always matters of local concern and sympathy. Some doctor, big or little, was almost constantly in attendance. The family were clever enough to know which one to send for. The comings and goings of the physician in charge of the "Sopiled Stomach" and "Earache" department interested us only because his horse was at our disposal during the sick visit. The advent of the professor, small of stature, with leonine head, dignified, grave, mysterious, meant real trouble and aroused deep interest in the neighborhood.

One event stands out more prominently than any other in my memory. We learned that that great man was going to take out *two* ribs. I was then somewhat of a Bible student and remembered that a similar operation had been performed in Paradise many years before, but I was particularly interested in seeing this srugeon go the Almighty one better.

Taking a friend in my confidence, together we climbed a tall tree in the rear yard. From this uncomfortable coigne of vantage in this modern garden of Eden, we beheld *Abraham's* modification of the Adam operation.

The fame of this feat spread, and every mother's son in the vicinity determined to study medicine. Of the two boys in the tree one took to

*) Ansprache, gehalten am 6. December 1899 bei dem 3. Jahresdiner der Alumni Association of the German Hospital. Anm. d. Redaction: Da eine Uebertragung des Originals in das Deutsche den Sinn der humorvollen Auslassungen des Redners wesentlich beeinträchtigt haben würde, wurde der englische Text beibehalten.

medicine and drink, but the combination was too much for him. The other took his medicine dry, and the end is not yet.

My first experience in the dissecting room might have been forgotten had I been alone with that cadaver. But *Drs. Dickstein* and *Coughman* will always help me to remember how badly I put my foot, or rather my scalpel, into it on that occasion. The abdominal muscles were assigned to me for dissection. With one stroke of a cartilage knife the subject was disembowled. There was utter confusion. The prosector was as much flustered as if it were his own corpse. I was humiliated. I felt like giving up medicine then and there. Then Geheimrat *Koelliker* was called in consultation to restore the corpse. He first restored me—to equanimity, and then turned his attention to the other sufferer. In my gratitude I familiarly addressed him "Du." Through such misfortunes I at least learned a lesson or two. To-day in the course of practice when there is any laparotomy to be performed, I see to it that the consultation precedes the disembowelment.

I do hate errors which turn the laugh on one. I recall, by way of digression, an error made by a college mate during sight reading exercises. He translated from "Die zwei Grenadier" of Heine, "Gewähr mir eine Bitte" into "Please give me a gun." That man was marked for life. I shall spare you a further description of the troubles incident to my student life in Germany until I returned armed with letters from *Czerny* to that very man whose rib surgery had so impressed me as a boy.

An influential friend boasting of a "pull" with thedoctor, insisted upon accompanying me to the oracle. He advised waiting however, until after "Election Day," saying the professor was very much absorbed in politics and was probably very busy stealing barrels.

Not thoroughly recovered from my youthful awe of this man, the innocent cause of so many of my troubles, I accepted his offer, and especially the postponement, with alacrity.

In his presence for the first time he remarked: "Specialist?" "No, sir!" "I congratulate you!" Turning to the man with the "pull" who *would* speak of me as *Mister W.*, he indignantly remarked: "The doctor has spent much time and money to get his title, and it would be well for you to remember it;" whereupon my good friend, very much embarrassed, faked up a severe cough, insisted upon an examination, and cheerfullly planked down his five dollars to re-establish himself in the good graces of the professor.

I was in hopes that this interview would end all my troubles, whereas it was only the beginning, for learning here of a vacant position at the German Hospital, I was advised how to go about getting it. This meant a dozen more heartrending interviews with great men. By one of these I was consoled with the statement that nowadays "jedem Schlemihl, der für das Clothing-Geschäft nichts taugt, wird in die Medicin hineingeschmissen." This man then gave me one of his well known quinine coated sugar pills when he asked, "Why were you in such a hurry to get back, was it for the laudable purpose of relieving an acute situation, (wohl um dem grossen Bedürfniss abzuhelfen?")

By another, whom some of us so well remember, but who is now pursuing his more peaceful way in his native home, beaming benevolently through his gold rimmed spectacles, I was embraced, kissed on both cheeks, patted on the back, and was left gasping for breath in the middle of the street

Once inside the hospital the young interne does not get a chance to make many grave mistakes. Grand opportunities of this kind are the prerogative of the visiting staff. Considering his limitations, however, he sometimes does very well. I recall a young woman with some obscure spinal trouble who happened to bleed from the rectum. Just at this time there was very little material in the surgical ward. This led me to discover a polypus in the rectum, and to prepare the patient for operation. Presenting her in triumph to the attending surgeon, now a physician, whom we all know as a doubting Thomas, this smart Aleck had to repeat my digital examination and as a result turned to me in disgust and said: "Das ist Sch——. Nehmen Sie es mit dem Finger heraus." As this particular surgeon was also a very clever pathologist with extensive personal experience in this line, I accepted the correction. I always thought him mean nevertheless. He might have at least removed her piles and saved me the humiliation of appearing a "bum" diagnostician. But he was properly repaid for his smartness when a year later a young, handsome and perfectly healthy woman called at my office for vaccination. On my failure to recognize her, she reminded me of my having removed a "polyp" from her rectum without an operation.

House physicians are very quick in catching on to the mannerisms of their superiors. In their blind admiration they frequently imitate them in a manner which does not redound to the credit of the institution.

One of our "visitings" had the reputation of prescribing enormous doses. I once tried his game on a young girl with sever articular rheumatism, and beginning endocarditis. She got fifteen grams of salicylate of soda in one dose, immediately after which my "visiting" arrived and remarked: "While you were about it you might have made it bigger." Having spent a number of years in Schwaben, some of my sense of humor had evaporated. I took the doctor literally and gave the patient the second barrel, at short range, too. The patient didn't close an eye that night, neither did I; she was crazy; it was a case of folie à deux. Somewhat vain and obstinate, I maintained for a long time that this was a case of post rheumtic mania.

I have just mentioned that our admiration for our superiors leads us at times to errors through lack of judgment. Through this same admiration we sometimes allow their errors to escape our attention, but we are sure to find them out occasionally, so did an elderly and faithful serviter suffering with long standing sciatica, sent as private patient to the hospital. All treatment availed but little. Her mistress visiting her one day insisted that she must be burned. I conveyed this order to my "visiting" who replied, "Very well, then, we'll burn her;" and forthwith proceeded to jam Paquelin liberally and deeply into hip, thigh, knee and foot. Upon inquiry the next morning the patient meekly replied: "I feel a little better, but the professor burned me on the wrong side."

And now with a year's experience in other people's errors, I felt competent to start out in life and make my own. I would not dare to give you a chronicle of later day errors, for I too, in time may have to give up family practice to bolster up the errors of others, and to forget that I ever made any myself. But here is one bud from a large nosegay: S. B. when ill, an uncommonly obsteperous boy. Youngest of a bunch of children. Up to his ninth year frequent attacks of "Spoiled stomach" (vomiting, cramps, constipation). One visit and calomel for each attack usually did the work. In his ninth year an attack of "Unusually spoiled stomach." Customary procedure (one visit and calomel) failed to act. Nothing acted! Pain increased! Constipation could not be overcome!! One remedy remained, an enema, but this was almost next to impossible. He never allowed it in his life. He never even allowed his rectal temperature to be taken, and what he said "went" with the family, and if I must confess it, with me, too. This condition kept up for about three days with no relief in sight. I began to worry. The abdomen was only slightly distended, (of course there was no stool in three days), mouth temperature only about 100°. Pulse never bothered me. This was not very much to worry about, but I did anyhow. All sorts of visions of "Spoiled Stomach and Constipation" leading to peritonitis began to haunt me. I ordered a trained nurse, and on my arrival found that for two hours she had been in an adjoining room awaiting Simon's pleasure to admit her. Even I could not enter! Fear now gave place to excitement and wrath. Elbowing my way through a throng of hysterical relatives, with my whole weight I smashed in the door, tumbling several others of the tribe who had lined up against the inside. Now master of the situation, that enema was going to its destination, nolens volens! Simon wasn't phased. He fought hard. Gave me sputum specimens unsolicited, but when he finally saluted me with a remark reflecting upon the authenticity of my birth, I took him over my knee, let loose the accumulated anger of two years and three days, and desisted only when exhausted, not alone from the treatmnt administered, but more in warding off the assault of Simon's enraged relatives from all sides.

After all these troubles, after the enema had been administered, the bowels failed to act; the water returned clear.

Thoroughly rattled by this time, I declared the patient was developing peritonitis and would probably die!

Two days later—recovery! Large abscess passed through rectum!!

Thus was a case of appendicitis radically treated, and conservatively cured.

SITZUNGSBERICHTE.

Wissenschaftliche Zusammenkunft Deutscher Aerzte in New York.

110 West 34. Strasse.

Sitzung vom 27. Oktober 1899.

Vorsitzender: Dr. Langmann.

VORSTELLUNG VON PATIENTEN.

1) Dr. A. Jacobi: Bei diesem Kinde hier fällt die Ungleichheit beider Gesichtshälften auf; von der Nasenwurzel an bis in die Gegend des Kinnes sieht die linke Wange stark geschwollen aus. Die Haut selbst fühlt sich weich an. Ferner ist die linke Nasolabialfalte verglichen mit der rechten entschieden verstrichen, die linke Oberlippe, ebenso ein Theil der rechten ist bedeutend geschwollen. Als ich das Kind zuerst aus der Ferne sah, glaubte ich, dass es sich um locale Elephantiasis handle, allein diese ist hier auszuschliessen. Die Krankengeschichte des Kindes ist folgende: Das Kind wurde mit der Zange entwickelt. Der eine Zangenlöffel lag, wie man mir sagte, schief über dem Gesicht des Kindes. Die Eltern bemerkten sofort nach der Geburt die Zeichen, die die Zange an dem Kinde hinterlassen hatte. Es war an der Stelle, an der die Zange gelegen hatte, eine mässige Geschwulst, sowie ein rother Streifen bemerkbar. Ferner entleerte sich etwas Blut aus Mund und Nase. Der entbindende Arzt war damals der Meinung, dass diese Geschwulst bald verschwinden werde. Nach einigen Wochen nahm die Geschwulst die Gestalt einer Beule an, und es wurden einige Einschnitte gemacht; es entleerte sich aber kein oder nur sehr wenig Eiter. Die Geschwulst existirt nun seit jener Zeit. Die electrische Reizung ist normal. Es handelt sich aber nicht nur um eine Geschwulst der Wange, sondern auch um eine solche des linken Alveolarfortsatzes. Wie mir scheint, handelt es sich um eine secundäre Hypertrophie in Folge des Druckes durch die Zange. Das Kind ist jetzt 13 Monate alt und konnte anfangs nicht schlucken. Ich will noch hinzufügen, dass Dr. Pollitzer glaubt, er habe traubenförmige Erhebungen in der Mundhöhle wargenommen. Wenn dies der Fall ist, dann würde ein Theil der Verdickung sich durch Lymphangiectasie erklären lassen. Ich will später über den Fall weiter berichten.

Discussion. Dr. Willy Meyer: Mir fällt die eigenthümliche Verschmelzung zwischen Wange und Oberkiefer auf. Wenn man letzteren genauer anfühlt, so kann man eigentlich von einer besonderen Vergrösserung der Knochengebilde nichts wahrnehmen. Ich glaube, dass die ganze Verdickung durch ein Lymphangiom hervorgerufen ist. Mit einer Operation sollte man warten, bis Dr. Jacobi weitere Mittheilungen über den Fall gemacht hat. — Dr. Langmann: Mir scheint der Alveolarfortsatz vergrössert zu sein.

2) Dr. Hirsch stellt einen Fall von Acromegalie vor.

Discussion. Dr. Adler: Die Acromegalie muss sich nicht nothwendiger Weise auf einmal entwickeln. Man hat ein Höhestadium und ein terminales Stadium zu unterscheiden. Der Fall, den uns Dr. Hirsch vorgestellt hat, scheint ein solcher zu sein, der noch nicht das Höhestadium erreicht hat und vielleicht auch nie erreichen wird, wenn die Behandlung vielleicht einen dauernden Einfluss auf den Process haben wird. Sehr interessant ist das Auftreten einer Polyneuritis und zwar in der intermittirenden Form. Es ist nun ganz gleichgültig, ob die Acromegalie, wie die Meisten annehmen, eine Folge einer Primärerkrankung der Hypophyse ist; die Acromegalie ist eine Allgemeinerkrankung, die man als eine Erkrankung des Stützgewebes im ganzen Körper bezeichnen kann. Es sind bei diesem Process Bindegewebe, Knorpel, Knochen etc. und namentlich auch Nerven betheiligt und zwar zunächst in der Form einer interstitiellen Neuritis. — Dr. Ripperger: Im Anschluss an die Bemerkung von Dr. Adler, betreffs des Zusammenhangs der Acromegalie mit Erkrankungen der Hypophyse, möchte ich einen Fall mittheilen, der in einem der letzten Hefte von Virchow's Archiv beschrieben ist. Es handelte sich in dem betreffenden Falle um einen 4jährigen Knaben, bei welchem sich als einzige Zeichen des Spitzenwachsthums hypertrophische, 2 cm. hohe Mammae und ein hypertrophischer, im schlaffen Zustande 9 cm. langer Penis fanden. Am Mons veneris hatte das Kind reichliche, 1 cm. lange dunkle Schamhaare. Es waren ferner eine Reihe nervöser Störungen vorhanden, auf die ich hier nicht näher eingehen will; schliesslich ging der Junge an zunehmenden Krämpfen in tiefstem Sopor zu Grunde. Zu Lebzeiten des Kindes war die Diagnose auf Tumor der Hypophysis cerebi und als Folge desselben Acromegalie gestellt worden. Die Section ergab nun in diesem Falle statt eines Tumors der Hypophyse ein cystisches Sarcom der Glandula pinealis, der Zirbeldrüse. Es scheint also eine Erkrankung derselben in ähnlicher Weise wie eine pathologische Veränderung der Hypophysis cerebri in einem gewissen Zusammenhang mit der Acromegalie zu stehen. In diesem Falle ist noch bemerkenswerth, dass sich der Riesenwuchs nur auf die Mammae und den Penis beschränkte, dagegen die Extremitäten nicht betraf. — Dr. Willy Meyer: Vor drei Viertel Jahren entfernte ich bei einer Patientin mit Acromegalie einen Colloidkropf. Diesen Zusammenhang mit Schilddrüsenerkrankung mit Acromegalie zu erwähnen, ist vielleicht interessant. — Dr. Adler: Diese Fälle sind klinisch schon genau beschrieben worden. Die Schilddrüse schien in den ersten Fällen klein zu sein, doch hat die Section später eine Vergrösserung ergeben. Was nun die Fütterung mit Schild- und Thymusdrüsen betrifft, so ist diese in einer ganzen Reihe von Fällen von Acromegalie beschrieben worden. Sie war jedesmal absolut nutzlos, und man ist nicht mehr geneigt, weitere Versuche damit anzustellen.

4) Dr. Einhorn: Dieser Pat. leidet an einer ziemlich seltenen Erkrankung; es handelt sich hier, wie ich glaube, um die Hodgkin'sche Krankheit, und zwar um die lienale Form derselben. Man findet bei dem Pat. eine colossal vergrösserte Milz, die sich nicht sehr

hart anfühlt, keine Vermehrung der weissen Blutkörperchen, eine leichte Vergrösserung der Cervical- und Inguinaldrüsen. Pat. klagt hauptsächlich über Husten, Schwäche und Mattigkeit, besonders in den unteren Extremitäten. Ab und zu will er auch etwas Fieber haben. Plasmodien sind im Blute nicht gefunden worden.

Discussion. Dr. Dauber: Ich kann mich mit der Diagnose des Herrn Dr. Einhorn nicht einverstanden erklären. Ich habe den Mann über ein Jahr lang behandelt; er leidet nicht an der Hodgkin'schen Krankheit, sondern an einer Autointoxication vom Darme aus. Es ist dies derselbe Pat. den ich seiner Zeit in der Sitzung der Deutschen Medicinischen Gesellschaft vorgestellt habe. — Dr. Einhorn: Der Pat. kam schon vor einem Jahre zu mir in das Deutsche Dispensary. Ich constatirte damals eine sehr vergrösserte Milz, teigiger Natur. Er hatte, so weit ich mich noch erinnere, damals keine erheblich vergrösserte Drüsen. Ich untersuchte zu jener Zeit auch sein Blut und fand, dass keine Leukämie bestand. Ich hatte keine genaue Zählungen vorgenommen, ich hielt dies auch nicht für nothwendig, da ich glaube, dass ein geübtes Auge im Stande ist, die Diagnose zu machen, auch ohne Zählungen vorzunehmen. Ich war damals in Bezug auf die Diagnose im Zweifel. Pat. klagte über Schwäche und zugleich auch über manche Darmerscheinungen. Dann blieb Pat. weg, bis er vor 2—3 Wochen wiederkam; ich war sehr froh, zu sehen, wie sich sein Zustand inzwischen gestaltet hatte. Die Milz war jetzt noch viel grösser als früher, vielleicht um ein Drittel vergrössert. Ihre Consistenz war viel derber geworden, die Oberfläche jedoch ohne irgend welche Höcker. Ferner fand ich, dass seine Drüsen erheblich geschwollen waren. Seine Leber war vor einem Jahre schon geschwollen und hat seitdem nicht zugenommen. Sie überragt etwa 3 Finger breit den Rippenrand, fühlt sich aber nicht verhärtet an. Ich habe das Blut des Pat. vor einigen Tagen wieder untersucht und ähnliche Verhältnisse wie im vorigen Jahre gefunden; ich sah im Gesichtsfeld ungefähr 15 weisse Blutkörperchen, die nicht grösser waren wie die rothen. Ich glaube also, dass in diesem Falle die Diagnose Hodgkin'sche Krankheit ganz gut berechtigt ist, auch nach dem, was ich von Dr. Dauber gehört habe. Während des letzten Jahres hat übrigens Pat., wie ich glaube, nicht viel abgenommen. Die meisten Fäle der Hodgkin'schen Krankheit verlaufen eigentlich etwas schneller, aber es sind Fälle beschrieben worden, bei denen sozusagen ein Stillstand der Krankheit stattfand.

5) Dr. Willy Meyer: Dieser Pat. wurde vor 3 Jahren von Dr. Gerster im Deutschen Hospital wegen Aneurysma der Arteria poplitea behandelt durch Unterbindung der A. femoralis. Das Aneurysma verschwand und Pat. glaubte sich vollkommen geheilt. Jetzt erschien er wieder mit einem Aneurysma der A. femoralis unterhalb des Ligamentum Poupartii. Jetzt blieb nichts anderes übrig, als die A. iliaca externa zu unterbinden und die Operation habe ich im April ds. Jahres am Pat. vorgenommen. Das Aneurysma verschwand vollständig. Die einzigen Folgen, die Pat. noch hat, sind die, dass er ab und zu über Müdigkeit klagt, wenn er längere Zeit gegangen ist. Pat. ist jetzt 38 Jahre alt und hat mit 25 Jahren Lues gehabt.

6) Dr. J. Wolff: Die vier Patienten, die ich Ihnen hier vorstelle, bieten einen sehr seltenen und interessanten Befund. Drei derselben sind Geschwister. Es handelt sich in allen um einen angeborenen Beweglichkeitsdefect eines Auges, welcher bisher wohl nicht mehr als sieben oder acht Mal beschrieben worden ist. Diese eine Patientin zeigt das klinische Bild in so exquisitem Grade, dass sie als Muster für die anderen dienen kann. Die Patientin kann das rechte Auge nicht nach aussen drehen; es fehlt also die Abducenswirkung. Versucht sie mit diesem Auge nach innen zu sehen, so bewirkt der Rectus internus nur eine geringe Einwärtsdrehung, zieht aber das Auge fast einen ganzen Centimeter in die Orbita hinein. Dadurch verliert das Oberlid die Stütze, die ihm sonst der Augapfel giebt und fällt soweit herab, dass die Lidspalte blos 4 mm. weit ist. Wenn nun der Rectus internus wieder relaxirt wird, rückt der Augapfel nach vorn und die Lidspalte erweitert sich. Die anderen drei Patienten bieten denselben Befund, nur etwas weniger ausgeprägt. Das auffallende Symptom ist die Retraction des Augapfels durch den Rectus internus. Es ist diese Erscheinung in allen meinen Fällen, sowie auch in den bisher beschriebenen Fällen stets von einer vollständigen oder bedeutenden, und zwar angeborenen Abducenslähmung begleitet. Daraus erfolgt, dass die Retractionsbewegung in causalem Verhältniss zu der Abducenslähmung steht und es ist interessant den Versuch zu machen, diese Abhängigkeit zu erklären. Die fehlerhafte Insertion eines oder mehrerer Augenmuskeln an den Apfel ist öfters durch Sectionsbefunde und Operationen erwiesen worden. So könnten wir annehmen, dass in diesen Fällen der Rectus internus sich zu weit nach hinten anheftet und daher das Auge bei seiner Contraction in die Orbita zurückzieht, anstatt es nach innen zu rotiren. Die angeborene Abducenslähmung wäre dann nur ein zufälliges Zusammentreffen. Diese Erklärung erscheint mir lange nicht so wahrscheinlich, wie die von Türk in Berlin befürwortete. Dieser nimmt an, dass in diesen Fällen der Rectus externus anstatt Muskelfasern zu enthalten, blos aus einem unelastischen, sehnigen Strang besteht, ein Befund der ebenfalls anatomisch schon nachgewiesen worden ist. Hierdurch ist selbstverständlich der Ausfall der Auswärtswendung erklärt. Ferner ist es klar, wie dieser Strang den Augapfel gänzlich oder theilweise verhindern kann, sich mit der Contraction des Rectus internus nach innen zu rotiren, da er denselben an der Aussenseite fixirt. Der Augapfel kann daher dem Zuge des Rectus internus nur dadurch folgen, dass er nach hinten, das heisst in die Orbita zurückweicht.

Discussion. Dr. Gruening: Ich will zunächst nur den ersten Fall besprechen. Bei diesem besteht wohl keine reine Abducenslähmung, denn das Auge ist nach innen unbeweglich, ebenso nach unten, es besteht nur eine Bewegung und zwar nach hinten. Wenn man annimmt, dass alle Muskeln vorhanden sind, aber hinter dem Meridian ihren Ansatz haben, so würde dieses Bild sich erklären lassen; ob diese Erklärung auch für die anderen Fälle passt, weiss ich nicht, da ich dieselben nicht genügend habe untersuchen können. — Dr. E. Fridenberg: Die 4 Fälle sind ausserordentlich interessant. Für alle 4 Fälle

gilt dasselbe, wie für den von Dr. Gruening besprochenen Fall, nämlich die afficirten Augen drehen sich weder nach aussen noch nach innen. Es scheint mir, dass man hier auf Störungen im Nervensystem zurückgehen muss, und zwar stelle ich mir vor, dass Leitungshindernisse oder Unterbrechungen existiren und zwar congenitaler Natur. — Dr. Schapringer: Ich möchte nur eine Bemerkung machen über die Erklärung, die Dr. Wolff vorgebracht hat. Ich werde dazu veranlasst durch den Umstand, dass ich selbst bevor ich noch Kenntniss aus der Literatur hatte, zwei Fälle der Art gesehen habe. Ich habe mir damals selbst eine andere Erklärung gebildet. Es kam mir vor, als ob nicht nur der Externus functionsunfähig sei, sondern auch der Internus, und ich hatte den Eindruck, dass die Innervation im Gehirn vorhanden ist, aber nicht zu den Muskeln gelangt. Nun sind aber bei der Adduction, die vom Internus versehen wird, noch andere Muskeln betheiligt, nämlich der Rectus superior und inferior. Beide ziehen auch das Auge etwas nach einwärts. Wenn nun die Innervation zum Adduciren ausgeht und im Occulomotorius verläuft, so tritt sie über in die Bahnen der Zweige, die den Rectus superior und inferior versorgen, und es wird die Innenwendung des Auges nun von diesen Muskeln versucht. Sie bringen dieselbe aber nur in geringem Grade zu Stande; weil sie nun zu gleicher Zeit wirken, so bewirken sie eine Retraction des Auges. — Dr. Hirsch: Wenn wir das Phaenomen, das der erste Pat. darbietet, so erklären wie Dr. Gruening, dass nämlich die sämmtlichen Augenmuskeln hinter dem Meridian ansetzen, würde nur eine Bewegung zu Stande kommen können, die nach hinten. Pat. kann aber das Auge nach oben und nach hinten bewegen. Die Bewegung nach innen ist gehemmt, aber nicht aufgehoben; ferner würde eine postmeridiane Insertion die Bewegung des Auges nach vorne nicht erklären. Ich glaube, dass die Erklärung, die Dr. Wolff gegeben hat, die richtige ist. Eine Nucleuserkrankung, wie sie Dr. Fridenberg annimmt, kann man wohl ausschliessen. Man könnte nur eine Erkrankung des Abducenskerns annehmen. Dadurch würde aber das Phaenomen nicht erklärt werden. — Dr. Wolff: Dr. Hirsch hat so ziemlich das erwähnt, was ich noch sagen wollte. Ich möchte nur noch hinzufügen, dass die betr. Erklärung nicht von mir stammt, sondern von Türk, der sich hierbei auf Experimente stützt.

7) Dr. A. Jacobi: Diese Pat. habe ich schon im vorigen Jahre vorgestellt. Es handelt sich um einen sehr ausgeprägten Fall von Acromegalie. Durch die Behandlung mit Hypophysenextract wurde sie entschieden gebessert. Die Hände und Füsse schienen abzunehmen. Der schwere Unterkiefer wurde ganz entschieden kleiner. Im Laufe der letzten Monate jedoch ist die Besserung zum Stillstand gekommen, und ich glaube sogar, dass der Zustand wieder etwas schlechter geworden ist. Sie hat vor 4 Wochen einen schweren Durchfall gehabt, der ein paar Tage andauerte. Während des Durchfalles magerten die Hände plötzlich ab, so dass die Haut um die verdickten Knochen ganz schlotterich wurde.

8) Dr. Mannheimer stellt einen 39jährigen Mann, Bierwirth, vor, der seit 1 Jahr unter Beobachtung ist. Patient hat früher viel getrunken, dies aber jetzt angeblich aufgegeben. Er hatte vor 16 Jahren einen Schanker, der eine pigmentirte Narbe am Frenulum zurückliess,

mehrmals Gonorrhoe und im Jahre '90 Influenza; ist verheirathet und kinderlos. Das jetzige Leiden begann im October 1897. Er bekam damals heftige Schmerzen in beiden Schultern, so dass er die Arme nicht gebrauchen noch schlafen konnte. Die Schmerzen zogen sich allmählich ins linke Ellbogengelenk, das anschwoll und steif wurde. Gleichzeitig stellten sich Husten mit Auswurf, Nachtschweiss und Gewichtsverlust ein. Die Symptome waren von wechselnder Heftigkeit bis August '98, wo ein Geschwür sich an der Hinterfläche des linken Ellbogengelenks bildete und die Schmerzen nachliessen. Als er unter Beobachtung kam, klagte er über Mattigkeit, Appetitlosigkeit, morgendliches Erbrechen, Nachtschweisse und Husten. Es fanden sich die Zeichen einer mässig vorgeschrittenen Lungentuberculose im rechten Ober- und Mittelappen, beginnend in der linken Spitze, Tuberkelbacillen im Auswurf, kein Fieber. Ferner eine spindelförmige Anschwellung des linken Ellbogengelenks mit einem kleinen Geschwür, entsprechend dem Condylus ext., sowie Anschwellung der medialen Hälfte des linken Schlüsselbeins und des sternoclavic. Gelenkes, und ausserdem der cervicalen und axillaren Lymphknoten. Das Geschwür am Ellbogen heilte rasch; dagegen stellten sich Schmerzen in den Knien und im Nacken ein, die bes. Nachts sehr heftig waren. Temperatur zwischen 98.5 und 100; Puls zwischen 80 und 100 schwankend. Ein hiesiger Consiliarius sah den Patienten und diagnosticirte Tuberculose der Lungen, Knochen, Gelenke, Drüsen. Ein Chirurg hatte schon vorher das Ellbogengelenk für tuberculös erklärt. Patient entzog sich der Behandlung und erschien erst wieder im Juni d. Js. Die Lungentuberculose war so ziemlich stationär geblieben, zeigte ausgesprochene Neigung zur Schrumpfung; dagegen hatten sich neue Knochenläsionen eingestellt: eine sehr schmerzhafte Anschwellung der rechten Schienbeinkante, der unteren Epiphyse des rechten Oberarms, sowie des rechten Sternoclavicgelenks. Im Laufe des Sommers hatte Patient eine grössere und mehrere kleinere Lungenblutungen. Trotz Aufenthalts im Gebirge nahm er an Gewicht ab. Es handelt sich hier wahrscheinlich um Combination von Lungentuberculose mit ausgedehnter Knochen- und Gelenklues. Patient lässt sich leider nicht genügend behandeln.

Discussion. Dr. A. Jacobi: Ich kann es vielleicht nicht beweisen, ich kann aber meinen allgemeinen Eindruck, gestützt auf eine Reihe ähnlicher Fälle dahin formuliren, dass es sich in diesem Falle um Syphilis handelt. Ich glaube, die antisyphilitische Behandlung sollte gründlich wiederholt werden. Die Verdickung der Tibia bestärkt mich in der Ansicht, dass es sich um Syphilis handelt. Es geht hier Tuberculose und Syphilis neben einander einher. — Dr. Willy Meyer: Die Krankheitserscheinungen sind sicher syphilitischer Natur. Mit den beiden Claviculae sind gerade die Praedilectionsstellen für Syphilis befallen. Ich bin ebenfalls der Ansicht, dass der Pat. gründlich antisyphilitisch behandelt werden soll. — Dr. Adler: Als ich den Pat. sah, stand die Tuberculose im Vordergrund. Damals waren die Drüsenschwellungen nur in der Umgebung des afficirten Gelenkes und am Oberkörper. Jetzt ist kein Zweifel mehr, dass die ganze Sache syphilitischer Natur ist.

Ripperger, Secretär.

Therapeutische und klinische Notizen.

— Ueber die medikamentöse Behandlung der Tuberculose. Aus dem soben erschienenen „Bericht über den Congress zur Bekömpfung der Tuberculose als Volks-Krankheit." Berlin 1899.) — Der Referent, Prof. Kobert, Rostock, früher Vorstand der Brehmer'schen Heilanstalt, hat festzustellen gesucht, welche Erfahrungen bei specialistischer Behandlung in letzter Zeit gemacht worden sind. Sein Bericht stützt sich nicht nur auf die in der Literatur veröffentlichten, sondern auch auf die eigenen in Görbersdorf gesammelten Erfahrungen und auf die Antworten, welche er von mehr als 200 Professoren und hervorragenden Aerzten erhalten hat, an welche er zum Zweck dieses Berichts einen besonderen Fragebogen geschickt hatte. Diese Specialisten (Internisten, Chirurgen, Pädiater, Ohren-, Hals- und Lungenärzte) haben zusammen im Jahre 1898 über 50,000 Tuberculosefälle zu behandeln gehabt. Ihre Angaben stützen sich also auf grössere Beobachtungsreihen. Professor Kobert kommt zu folgenden Schlüssen:

Für chirurgische Tuberculosenbehandlung mit Ausschluss der Lunge leistet das Jodoform so Ausgezeichnetes, dass wir ein Specificum kaum noch bedürfen.

Bei miliärer Tuberculose und bei galoppirender Schwindsucht vermögen wir zur Zeit mit keiner Art der Behandlung das tödtliche Ende abzuwenden oder auch nur sicher hinauszuschieben.

Bei den meisten Fällen von Hals-, Lungen- und Darmtuberculose bedürfen wir neben der modificirten Brehmer'schen Cur auch noch der medicamentösen Behandlung.

Der pharmaconihilistische Standpunkt, welcher vor mehreren Jahrzehnten, als ihn Brehmer aufstellte, wohl verständlich, ja vielleicht zum guten Theile berechtigt war, hat heutzutage für die wissenschaftliche Medicin keine allgemeine Gültigkeit mehr. Besonders für vorgeschrittene Fälle muss man Arzneimittel mit zu Hülfe nehmen; bei Anwendung derselben muss aber strenge individualisirt werden. Nach der Meinung von mehr als zwei Drittel aller befragten Interessenten haben die sogenannten specifischen Tuberculosemittel, wennschon es fraglich ist, ob ihre Wirkung thatsächlich eine echte specifische ist, doch einen gewissen Werth. Das von den meisten benutzte derartige Mittel ist das Kreosot und seine Derivateve. Eine Autorität wie C. von Liebermeister äussert sich darüber in seiner eben erschienenen Schrift folgendermaassen: „Gegenwärtig findet das Kreosot bei Lungenphthise eine ausgedehnte Verwendung. Seine Bedeutung pflegt man neuerdings weniger auf eine specifische Wirkung gegen die Tuberkelbacillen zu beziehen als vielmehr auf eine Einwirkung gegen mancherlei Mischinfectionen; auch ist bei vorsichtiger Anwendung häufig eine Besserung des Appetites und der Verdauung zu beobachten. Da das Kreosot ein buntes Gemisch sehr vieler Substanzen ist, muss die wissenschaftliche Pharmacotherapie die Forderung aufstellen, es durch die darin enthaltene wirksame Substanz in reiner Form zu ersetzen. Als solche hat man allgemein das Guajacol angesprochen. Beide Stoffe, Kreosot und Guajacol, besitzen aber so stark ätzende Wirkungen, dass sie nur bei sehr grosser

Vorsicht in öligem Vehikel (Leberthran) oder in gehöriger Verdünnung (z. B. mit Tinctura Gentianae) in den Magen eingeführt werden dürfen und nachweislich Hunderten von Tuberculösen thatsächlich geschadet haben. Sehr viele Aerzte sind daher dazu übergegangen, statt des freien Kreosots das sogenannte Kreosotum carbonicum, s. Duotal, anzuwenden, für welche z. B. Geheimrath von Leyden und Professor Cornet eintreten. Es soll den Appetit mehren, den Auswurf mindern, die Bacillen zum Schwund bringen und das Körpergewicht unter Zunahme des Wohlbefindens steigern."

— Liquor mangan.-ferri pepton. Gude. (Wien. Aerztl. Central-Anzeiger, 20. Sept. 1899). Unter diesem Titel publicirt Pohl in Wien seine mehr als 5jährige Erfahrungen, die er mit obigem Präparate gemacht hat. Er glaubt, den Umstand nicht besonders genug hervorheben zu können, dass er während der ganzen Dauer der Behandlung kein einzigesmal das Mittel aussetzen musste, was bei anderen Eisenpräparaten so oft geschehen muss, und zwar deshalb nicht, weil er kein einziges Mal die Klage hörte, dass die Patientinnen das Mittel nicht vertrugen, im Gegentheil, die Kranken gaben an, dass sie nicht die geringsten Beschwerden von dem Mittel auch bei längerem Gebrauche hätten, dass also das Mittel ein mild wirkendes, gut verträgliches ist, die Verdauung nicht stört, ja sogar fördert, und keinen unangenehmen Geschmack hat. Es ist nach Pohl sicher anzunehmen, dass das Eisen-Manganpräparat die blutbildenden Organe zur erhöhten Thätigkeit anregt. Zahlreiche Blutbefunde, sowie das Auftreten von sogenannten Jugendformen der Blutkörperchen zwingen zu dieser Annahme. Viel wichtiger jedoch ist noch der Umstand, dass P. bei zahlreichen Erkrankungen des Blutes, die mit Erkrankungen der drüsigen resp. blutbildenden Organe einhergehen, einen vorzüglichen Heileffect mit dem Liq. mang.-ferri pepton. erzielt hat.

Kleine Mittheilungen.

— Die Deutsche Medicinische Gesellschaft von Cleveland, Ohio, hat diese Monatsschrift zum officiellen Organ erwählt.

— Am 16. ds. fand zur Feier des 39. Stiftungsfestes der Deutschen Medicinischen Gesellschaft der Stadt New York unter zahlreicher Betheiligung ein Commers im Arionsaale statt.

— Die bekannte Firma Friedrich Mattoni in Giesshübl hat zum Zwecke der Förderung wissenschaftlicher balneologischer Forschung ein Stipendium für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiete der Heilquellenlehre gestiftet, und zu diesem Behufe ein Capital von 20,000 Kronen der Wiener medicinischen Facultät überwiesen, dessen Zinsen (700 Kronen) alljährlich dem genannten Zwecke entsprechend zur Verwendung kommen sollen. Die Ausschreibung soll im Herbste, längstens bis October eines jeden Jahres, die Beurtheilung durch ein von der Wiener medicinischen Facultät zu erwählendes Comité stattfinden. (Ibidem.)

Sämmtliche Zuschriften, Geldsendungen, Bestellungen, u. s. w., sind zu richten an: Medical Monthly Publishing Co., 36 Beekman Street, N. Y. City.